

Le système public de santé et de services sociaux sacrifié sur l'autel de la cupidité

Mémoire présenté par le Conseil central
du Montréal métropolitain
dans le cadre des consultations
sur l'avenir du système québécois de santé
et de services sociaux

Septembre 2000

Conseil central 
DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN **CSN**



TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU CONSEIL CENTRAL DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (CSN)	1
INTRODUCTION	2
LE CHAOS DANS LA SANTÉ : UNE CRISE PLANIFIÉE ?	4
De la reconfiguration à la défiguration	4
Montréal, la région la plus durement éprouvée	4
TROP DE LITS FERMÉS DANS LES HÔPITAUX	5
DES DÉINSTITUTIONNALISATIONS CONTESTABLES	7
LA RÉADAPTATION UN LUXE ?	12
LES PRINCIPES DE LA LOI CANADIENNE DE LA SANTÉ : S'EN TENIR AU PIED DE LA LETTRE	21
ILLUSTRATION D'UNE STRATÉGIE PÉRDANTE :	24
Des milliards qui échappent au privé : c'est insoutenable pour les néo-libéraux	31
Des stratégies en tout point conformes à celles proposées par la Banque Mondiale ..	36
Réflexion sur la soi-disant improductivité des services publics	36
LES VRAIES MENACES QUI PÈSENT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	37
Les gagnants de la marchandisation	46
LES PERDANTES ET LES PERDANTS DU RECUL DU DROIT À LA SANTÉ	47
Les personnes âgées doivent cesser d'être les boucs émissaires	47
Le virage ambulatoire : une menace pour la santé des femmes	49
Faire sauter la baraque des assurances privées complémentaires	51
TOUT LE MONDE Y PERDRA AU CHANGE	52
Investir en santé : faire le choix du progrès social et économique	52
DES REVENDICATIONS QUI S'IMPOSENT	53
Un droit incontournable : la santé	53
Une définition de la santé qui s'impose	53
Une vision sociale de la santé à réaffirmer	54
Des principes à maintenir et à garantir	54
Un refus sans équivoque de la privatisation	55
Une couverture publique à développer	56
Une pratique médicale à repenser	56
Une réalité à reconnaître : la spécificité des femmes	57
Un réinvestissement urgent : le financement du système	57

CONCLUSION 58

ANNEXE 1 59

PRÉSENTATION DU CONSEIL CENTRAL DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (CSN)

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) est le porte-parole régional de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et regroupe près de 75 000 travailleuses et travailleurs des régions de Montréal et Laval. Près de 33 000 d'entre eux, répartis dans 154 syndicats, assurent les services dans les divers établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Conseil central a, entre autres, pour mandat de faire connaître et partager les revendications des syndicats de la région et aussi de les représenter sur les questions qui touchent les conditions de vie de la population, comme c'est le cas avec les enjeux relatifs à la santé, à la solidarité sociale et au développement économique à l'échelle métropolitaine.

C'est donc à ce double titre que le Conseil central prend une part active aux consultations sur l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux, porte-parole de ses membres d'une part, comme usagères et usagers des soins et des services et, d'autre part, comme dispensatrices et dispensateurs de ces soins.

Ce mémoire du Conseil central a été préparé avec la contribution des représentantes et représentants régionaux de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) ainsi que de la Fédération des professionnelles (FP-CSN).

INTRODUCTION

« L'un des secteurs privilégiés d'expression de la social-démocratie est celui de la santé, véritable préalable au développement de l'individu et même de la société toute entière. Il y a plus de vingt ans, les Québécoises et les Québécois, conscients du coût matériel et moral intolérable qu'entraînait l'approche individualiste de la santé décidaient d'en faire une responsabilité collective. Ce choix était le bon » écrivait, en 1994, le Parti québécois, alors officiellement social-démocrate, en introduction de son programme électoral en matière de santé et de services sociaux.

Nous partageons d'autant plus cette vision du monde qu'elle s'inscrivait dans le respect du principe du droit à la santé tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé. Compte tenu du contexte actuel, il ne serait sans doute pas superflu ici de la rappeler :

La possession du meilleur état de santé¹ qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

Quelques mois après la parution de ce programme, le gouvernement du Parti québécois, convaincu que le Québec doit avoir sa place dans le concert des nations néo-libérales, a décidé de sacrifier le système public de santé et de services sociaux sur l'autel de la cupidité. Avec la lutte au déficit zéro, la solidarité sociale a été mise au pilori pendant qu'on sanctifiait les profits. Avec pour résultat qu'aujourd'hui, les décisions gouvernementales sont essentiellement guidées par une vision médico-comptable de la maladie plutôt que par une vision sociale de la santé.

¹ L'OMS définit ainsi la santé : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ».

Les questions soumises à la consultation illustrent à quel point nous disons vrai. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent sont en référence directe ou indirecte aux services médicaux de première ligne. Comme si on pouvait sceller l'avenir du système québécois des services sociaux et de santé en ne discutant que de cette fraction d'une réalité pourtant plus complexe.

Pire, les a priori ministériels sont à l'effet que :

- le Québec n'a plus les moyens de garantir à toutes les citoyennes et à tous les citoyens, l'accès à des services de santé sans égard à leur statut ou à leur revenu;
- le secteur privé a indéniablement un rôle à jouer dans le domaine de la santé;
- le vrai problème est que nous avons un système trop généreux;
- les services sociaux n'ont plus leur place dans ce réseau.

Nous nous inscrivons en faux contre ces a priori et le fait qu'ils ne soient pas explicitement soumis aux débats.

C'est pourquoi, le Conseil central a décidé d'examiner de plus près, dans le présent mémoire, les fondements de l'action gouvernementale en matière de santé et de services sociaux. Une telle approche permettra, nous le croyons, de discuter des vraies questions sans raccourci démocratique et sans démagogie. Si nous faisons erreur dans notre analyse, nous serons heureux que vous puissiez nous faire la preuve du contraire.

Nous précisons toutefois que le fardeau de la preuve vous incombe aujourd'hui. Effectivement, nous considérons nous être acquittés honorablement de notre devoir citoyen par le passé en participant consciencieusement aux audiences publiques, aux commissions parlementaires et aux consultations. Chaque fois, nous avons documenté et démontré qu'un système public de santé et de services sociaux est non seulement le meilleur choix social mais aussi le meilleur choix économique.

Bien que nous ayons beaucoup parlé et écrit, il semble que somme toute, nous ayons été bien peu entendu. En y allant cette fois de façon différente, nous osons croire que nous saurons, enfin, faire entendre notre voix.

LE CHAOS DANS LA SANTÉ : UNE CRISE PLANIFIÉE ?

■ De la reconfiguration à la défiguration

Alors que le système québécois de santé et de services sociaux a été longtemps cité en exemple dans le monde, force est de constater que les compressions budgétaires massives l'ont défiguré. La raison en est fort simple : le gouvernement, au lieu de rationaliser les services sociaux et de santé comme il le prétendait, les a rationnés. Aujourd'hui, le système public de santé et de services sociaux est balaféré.

■ Montréal, la région la plus durement éprouvée

Dans la région montréalaise, les compressions budgétaires ont frappé plus durement que dans n'importe quelle région. En effet, entre 1995 et 1998, Montréal a assumé une diminution nette de ces ressources financières de 235 millions. Or, le total des compressions au Québec se chiffrait à 314 millions, ce qui signifie que Montréal a absorbé 75 % de l'ensemble des compressions nettes du premier triennal de la soi-disant réforme Rochon².

² MSSS, Dépenses réelles nettes des établissements et des organismes communautaires pour l'ensemble des programmes-clientèles selon région sociosanitaire de traitement au Québec, 1993-1994 à 1997-1998.

TROP DE LITS FERMÉS DANS LES HÔPITAUX

- ❑ L'objectif était de maintenir 7 281 lits de courte durée dans les 21 hôpitaux, seulement 6 067 l'ont été pour maintenir l'accès pour les 2 682 000 personnes qui comptent sur les hôpitaux de Montréal. Neuf hôpitaux ont également fermé leur porte à Montréal.

Il a d'ailleurs été démontré que la ratio n'avait pas été établi à 2,5 lits/1000 habitants mais à 2,2 lits/1000³ habitants puisque le nombre de citoyennes et citoyens à desservir avait été sous-évalué. En fonction de la norme minimale, il manquait donc 824 lits pour offrir des services adéquats à la population montréalaise. Mais ce n'était pas tout. En considérant le fait que la durée moyenne de séjour des hospitalisations n'avait diminué que d'une demi-journée, soit le quart des diminutions nécessaires pour permettre les fermetures prévues, il aurait fallu rouvrir près de 2 000 lits dans la région de Montréal⁴.

- ❑ A Laval, avec un ratio de 1,3 lit/1 000 habitants⁵, il y en a encore qui s'étonne de l'engorgement du service d'urgence.
- ❑ La médecine de corridor dans les urgences a été institutionnalisée. Maintenant, on prend même soin de mettre des numéros de chambre sur les murs de corridors pendant que les lits sont fermés aux étages supérieurs, faute d'un financement suffisant pour les ouvrir. On normalise ainsi une médecine de brousse alors que les surplus s'accumulent autant à Ottawa et qu'à Québec, on se lance dans des diminutions d'impôts trois fois plus importantes que prévues.

³ Le régional, FSSS, avril 2000, p.8.

⁴ Idem

⁵ Cité de la santé de Laval, commentaires sur le document de consultation du plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002 de la Régie de Laval, octobre 1998.

- ❑ Si les séjours à l'urgence de plus de 48 heures entraînent des pénalités financières⁶ pour les hôpitaux, les déficits eux risquent de provoquer la tutelle⁷, un véritable cul-de-sac. Un cul-de-sac que les directions des établissements ont décidé d'attaquer de front puisqu'ils en remettront l'odieux au gouvernement québécois. Comme le faisait remarquer la présidente de l'AHQ, « On ne peut pas présenter des budgets équilibrés quand on sait qu'il faudra couper des services. S'il faut couper des services, on ne veut pas le faire. C'est un choix de société et de gouvernement que de décider du niveau de services qu'on veut maintenir »⁸.

- ❑ Le gouvernement québécois visait une durée de séjour en milieu hospitalier comparable à celle de l'Ontario, il le faisait sans tenir compte que le financement des services à domicile en Ontario est le triple du nôtre⁹. Le gouvernement jouait au magasin général sélectionnant les données ontariennes qui faisaient son affaire sans en retenir d'autres pourtant essentielles et complémentaires.

- ❑ En 1997, à Montréal, seulement 8 % des personnes hospitalisées ont effectivement reçu l'aide des services à domicile des CLSC. Avec le virage ambulatoire, on a ainsi consacré la désassurance de la convalescence.

- ❑ Entre 1994-1995 et 1996-1997, le gouvernement a amputé 14,5 millions \$ sur un budget de 120 millions \$ dans les laboratoires des hôpitaux montréalais.

⁶ En 1998, le Conseil central réclamait l'abolition de ces pénalités dans son mémoire.

⁷ Avec l'adoption du projet de loi anti-déficit déposé par la ministre de la santé et des services sociaux au printemps 2000.

⁸ Lessard, Denis. « Soixante-seize hôpitaux sur 215 ont présenté des budgets déficitaires, Les directions refusent d'éliminer des services aux maladies » *La Presse*, 2 juin 2000.

⁹ 38,00 \$ au Québec et 97,00 \$ en Ontario, selon les données publiées dans *le Devoir*, le 6 mai 2000, Les CLSC et les CHSLD réclament plus d'argent.

DES DÉINSTITUTIONNALISATIONS CONTESTABLES

En santé mentale

- La deuxième vague de désinstitutionnalisation en santé mentale s'est amorcée sans qu'on tire profit de l'expérience de la désinstitutionnalisation sauvage du début des années 1980. La Régie de Montréal, répondant à la commande de Québec se propose, entre 1998 et 2002, de sortir 1 100 personnes parmi les 1 152 vivant actuellement dans les établissements psychiatriques.
- Force est de constater que les ressources dans la communauté brillent toujours par leur absence et que les personnes désinstitutionnalisées sont laissées à elles-mêmes, si non, à la charge de leur famille.
- A Laval, avec 0,1 lit par mille habitants, nul besoin de penser à une désinstitutionnalisation accélérée puisque la norme de lits est déjà quatre fois inférieure à la norme proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il faut toutefois noter que particulièrement dans cette région, les services de psychothérapie font l'objet d'une tarification via un organisme sans but lucratif¹⁰.

En déficience intellectuelle

- En déficience intellectuelle, même si 20 % des personnes sont laissées-pour-compte (1 957 personnes), ce secteur a subi des compressions de 3,5 millions de dollars à Montréal.

¹⁰ CCMM, Commentaires du CCMM à l'égard du plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002 de la région de Laval.

- ❑ Les ressources de répit publiques qui étaient offertes aux parents s'occupant eux-mêmes de leurs enfants handicapés ont complètement disparu.
- ❑ La régie de Montréal, dans son plan 1998-2002, propose de fermer le quart des places en ressources résidentielles publiques.

Fait à souligner tant en santé mentale qu'en déficience intellectuelle, alors qu'on disait lors des compressions massives de 1995 qu'il fallait délaissier les ressources lourdes pour développer des ressources plus légères dans les communautés on ferme aussi les ressources légères publiques (Centre de réadaptation pour la déficience intellectuelle). Cet exemple illustre éloquemment que ce qui était dans la ligne de mire gouvernementale c'est essentiellement le caractère public et la syndicalisation. D'ailleurs, cela concorde tout à fait avec un document interne du MSSS dont nous avons obtenu copie, en 1997 et dans lequel on pourrait lire que le ministère utiliserait davantage les ressources intermédiaires¹¹ d'hébergement -externes au réseau public- pour « empêcher que l'article 45 du Code du travail n'empêche une utilisation efficace de ces ressources »¹².

La disette dans les centres de soins de longue durée

¹¹ Dans le cadre conceptuel et financier des ressources intermédiaires, il y est clairement stipulé que les personnes hébergées dans ces ressources, même si elles demeurent sous la responsabilité de l'établissement public, sont admises et non inscrites. La différence se situe essentiellement dans le fait qu'on peut leur facturer une multitude de frais connexes et notamment leur médication.

¹² Document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux. Modifications à la loi sur les services sociaux et de santé, point 5.4.

- ❑ Les personnes hébergées dans les centres hospitaliers de soins de longue durée n'ont plus que 68 % des soins auxquels elles seraient en droit de s'attendre¹³. Concrètement, cela signifie un nombre de bains insuffisant, une perte d'autonomie plus grande causée par le manque d'activité, une baisse de la qualité de la nourriture, des collations non distribuées, une mise en couche parce qu'il manque de personnel pour accompagner les personnes à la salle de bain, *etc.* Dans certains cas, les personnes hébergées, si elles en ont les moyens, doivent déboursier des sommes supplémentaires pour obtenir un deuxième bain par semaine.
- ❑ Le gouvernement annonçait dans son programme électoral de 1994 sa volonté de désengorger les urgences en développant des centres de soins de longue durée, la situation est tout autre. Montréal dispose maintenant de 14 669 lits de longue durée soit 257 de moins qu'en 1994-1995. Il importe de préciser ici que la norme à partir de laquelle on juge qu'une personne nécessite un hébergement est de 2,5/heures¹⁴ de soins par jour, la moyenne québécoise pour effectivement obtenir un tel hébergement est maintenant à 3,8/heures par jour. De surcroît, le délai d'attente pour obtenir une place est odieusement long¹⁵.
- ❑ Le gouvernement compte sur le développement de ressources privées pour combler les carences du réseau des CHSLD malgré une étude¹⁶ réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui concluait en 1997, que les centres privés conventionnés ont des coûts supérieurs au CHSLD publics, à autonomie égale des résidents.

¹³ Donnée rendue publique par l'Association des CLSC-CHSLD.

¹⁴ Cette norme ne comprend que les soins à proprement parler et aucunement, ce qui fait la qualité de vie soit les relations d'aide.

¹⁵ Il était de 118 jours en 1995 à Montréal.

¹⁶ Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie, MSSS, février 1997.

Des services à domicile au compte-gouttes

- ❑ Les services à domicile des CLSC ont été forcés de rationner les quelques heures disponibles en donnant moins de services à plus de monde.

- ❑ Au 31 mars 1998, il y avait 3 519¹⁷ auxiliaires familiales et sociales en poste dans l'un ou l'autre des 160 CLSC que compte le Québec. Au 31 mars 1999, il y en avait 3 520¹⁸ soit une hausse moyenne 12 minutes par semaine et par CLSC, malgré l'ampleur des besoins et les multiples ratés du virage ambulatoire.

- ❑ En 1999, dans son budget, le ministre Landry créait un nouveau crédit d'impôt où il s'engageait à rembourser plus de 2 700,00 \$ à toute personne âgée de 70 ans et plus qui « achèterait » pour 12 000,00 \$ de services à domicile. Rarement, nous aurons vu une proposition aussi absurde dans la mesure où le Conseil des aînés affirme lui-même que 63 % des aînés québécois vivent avec moins de 15 000,00 \$ par année et 80 % avec moins de 20 000,00 \$. En fait, ce que nous en comprenons c'est que le ministre des Finances se préparait ainsi au vieillissement de la population.

- ❑ « La mise sur pied de la coopérative de maintien à domicile de Laval démontre que le mandat dévolu au CLSC fait l'objet d'un transfert de responsabilité et ce, au détriment de la qualité des services et de l'importance accordée au rôle des CLSC »¹⁹.

- ❑ L'utilisation des chèques emploi-service a été généralisée. Cette allocation directe pour une personne admissible à des services du CLSC, consiste en des montants permettant

¹⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, Statistiques sur le personnel, 2000.

¹⁸ Idem.

¹⁹ CCMM, Commentaires du Conseil central de Montréal métropolitain de la CSN à l'égard du plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002 de la région de Laval, novembre 1998.

aux prestataires de s'acheter eux-mêmes les services dont ils ont besoin. On transforme ainsi les personnes qui ont besoin de services en employeur sans que bien sûr, les travailleuses et travailleurs engagés ne soient soumis à la convention collective négociée dans le réseau public. De plus, avec ces chèques, les personnes peuvent s'« offrir » des services d'assistance personnelle, des services d'aide domestique et des services de soutien à la famille. Bref, ce en quoi consiste pour l'essentiel le travail des auxiliaires familiales et sociales à l'emploi des CLSC.

Dans une note du 30 juin 1999, la Régie régionale de Montréal confirme cet élargissement de l'utilisation du chèque emploi-service en indiquant aux directrices et directeurs généraux des CLSC « Nous vous confirmons officiellement par la présente que le chèque emploi-service peut être utilisé comme modalité de dispensation de services pour la clientèle handicapée, même celle qui requiert moins de cinq heures de service par semaine et pour la clientèle en perte d'autonomie de 65 ans et plus ou à profil gériatrique »²⁰. Cette demande d'élargissement à d'autres « clientèles » originait de la Table des gestionnaires des services à domicile des CLSC²¹.

- Les CLSC montréalais, à la « faveur » du dernier budget Landry n'ont reçu que le quart de l'argent frais dont ils auraient eu besoin pour développer adéquatement les services à domicile. Les 29 CLSC montréalais reconnaissaient alors qu'ils « dispensent actuellement des services à domicile à 76 000 personnes dont 44 000 personnes âgées, soit à peine 52 % des personnes âgées qui auraient besoin de ce genre de services »²².

²⁰ Avant, selon les critères POSTILPH, seules les personnes qui requéraient au moins cinq heures de services/semaine pouvaient se prévaloir du chèque emploi-service.

²¹ Compte-rendu de la réunion de la Table des gestionnaires de services à domicile de Montréal et de Laval tenue le 19 mars 1999 au CLSC La Petite Patrie.

²² Bégin, Jean-François. «Les CLSC restent sur leur appétit», *La Presse*, 19 avril 2000.

- ❑ Enfin, ce topo ne saurait être complet sans un rappel des propos de Mme Marois, lors du Forum sur le vieillissement le 28 avril 2000, qui affirmait que « Ne peut-on pas envisager l'introduction d'une certaine tarification auprès de ceux et celles qui en ont les moyens, assortie d'une formule d'aide pour les personnes qui ne peuvent payer? ». Franchement, c'est ajouter l'injure à l'insulte alors que les ténors gouvernementaux se sont époumonés en 1995 pour convaincre la population que le virage ambulatoire et le virage milieu c'est faire mieux et autrement. Mieux **pour qui**, devrions-nous questionner aujourd'hui.

- ❑ On cherche encore les initiatives concrètes qui auraient comme objectifs de réduire ou de prévenir les abus, les dépressions et les chutes liées dans plusieurs cas à la surmédication des personnes âgées. A cet égard, la « marchandise » n'a jamais été livrée.

LA RÉADAPTATION UN LUXE ?

La réadaptation physique

- ❑ Les centres hospitaliers de réadaptation ont perdu 205 lits soit une fermeture de 20 % des services offerts. Au nom de « l'efficience », on offre un traitement continu sur 7 jours ce qui est manifestement trop exigeant pour les personnes usagères, majoritairement des personnes âgées.

- ❑ Par ailleurs, le sous-financement de services publics complets favorise le développement de services privés en psychothérapie, en ergothérapie et en physiothérapie. Les personnes indemnisées par la SAAQ ou la CSST ont droit aux services TGV²³ - à même

²³ TGV pour train à grande vitesse.

des fonds publics - tandis que les personnes handicapées - dont 38% vivent sous le seuil de la pauvreté - poireautent sur des listes d'attentes.

En réadaptation sociale

- ❑ Le Conseil central contestait dans son mémoire de mai 1997, « la position des Centres jeunesse de Montréal de fermer de nombreux points de services locaux et de diminuer de façon draconienne l'hébergement des enfants et des jeunes, a été établie en fonction d'objectifs budgétaires à atteindre »²⁴, reléguant ainsi au second plan la qualité de l'intervention clinique²⁵.
- ❑ Le système est sous pression. Jour après jour, le nombre de signalements dépasse la capacité d'évaluation des Centres jeunesse. A Montréal, « les listes d'attente témoignent des impacts liés à la fermeture de plusieurs services : on compte à ce jour plus de 750 jeunes pour lesquels des services n'ont pas été prévus. Les résultats de cette gestion comptaible : on augmente les groupes déjà existants et déjà lourds, on ouvre en catastrophe des unités d'urgence avec du personnel qui n'a pas toujours l'expérience suffisante pour faire face à ses situations, on déplace les jeunes sans tenir compte de leur réalité »²⁶.
- ❑ « Les coupes dans les services de soutien des commissions scolaires et l'absence de services en amont (CLSC par exemple) imposent une immense pression aux DPJ sans

²⁴ CCMM, « *Les Centres jeunesse de Montréal et le virage milieu* », 9 mai 1997.

²⁵ Confédération des syndicats nationaux, « *D'autres cas Beaumont sont encore possible* », la CSN réclame une révision des moyens visant à garantir le droit des enfants à recevoir des services, 4 mai 1998.

²⁶ Opinions, « Il y a urgence pour les jeunes en détresse », *Le Soleil*, 14 avril 1999.

compter la pauvreté qui touche le quart des enfants de l'Île de Montréal et jusqu'à 50 % dans certains secteurs »²⁷.

- Les services de médiation familiale ne relèvent plus dorénavant des ressources publiques jeunesse.
- On réfère systématiquement les personnes qui ont besoin du support de professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, etc) à des ressources privées.
- Entre juin 1997 et mai 1998, « pour les seuls Centres jeunesse de Montréal, ce sont 200 places en hébergement, âgés de 6 à 11 ans, qui ont été fermés »²⁸.
- Le réseau public n'a plus les ressources et les moyens nécessaires pour protéger ou réadapter les enfants et les jeunes de notre société qui sont en difficulté et dont l'avenir est ainsi compromis. C'est pourtant, une question d'urgence et il y a des vies humaines à protéger voire même à sauver.
- Les ressources communautaires sont également appelées à compenser les carences du réseau public. A Laval, par exemple, le Conseil central dénonçait dans son mémoire en 1998, l'orientation de la Régie à l'effet que « de plus en plus de mandats d'hébergement pour les jeunes contrevenants pourraient être dirigés vers le communautaire »²⁹.

Des patients qui doivent être patients

²⁷ Lacroix, Liliane. « Le directeur des centres Batshaw se sent débordé », *La Presse*.

²⁸ CSN, 4 mai 1998 op.cit

²⁹ Conseil central du Montréal métropolitain (CSN), Commentaires du Conseil central du Montréal métropolitain de la CSN à l'égard du plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002 de la région de Laval.

- ❑ En avril 2000, 110 000 personnes étaient en attente d'une chirurgie au Québec. En fait, la liste d'attente comptait en décembre 1999, 10 000 personnes de plus qu'un an auparavant³⁰.
- ❑ Questionnée par l'Opposition officielle, Madame Marois déclarait elle-même à l'Assemblée nationale « notre liste continue de progresser parce que la demande est plus haute encore que les ressources que nous avons rendues disponibles ».
- ❑ A titre d'exemple, sur les conséquences de ces listes d'attente, les 34 cardiologues québécois déclaraient que « trois à six patients meurent chaque mois à cause de la liste d'attente en cardiologie. (...) Nous pratiquons une médecine de guerre comme au Vietnam »³¹. Ce qui n'a pas manqué de susciter de vives réactions du côté gouvernemental.

Radio-oncologie : traitement choc recommandé

- ❑ Plus d'un an après la décision d'envoyer des patientes et des patients atteints de cancer aux États-Unis, la situation continue de se détériorer au Québec. En mars 2000, 1 663³² personnes au total étaient alors en attente d'un traitement en radio-oncologie soit 400 cas de plus qu'en janvier. Sur ce nombre, 455 personnes attendaient depuis plus de huit

³⁰Dubuc, Alain. « 110 000 Québécois qui attendent », *La Presse*, 15 avril 2000.

³¹ Dutrissac, Robert. « On en a marre et on est écoeurés. Nous pratiquons une médecine de guerre comme au Vietnam », *Le Devoir*, 19 avril 2000.

³² Données rendues publiques par la Coalition Solidarité Santé, 16 mars 2000 à partir du rapport Radio-oncologie au Québec, situation actuelle et perspective, document de travail du Comité de radio-oncologie du Conseil québécois de lutte contre le cancer, janvier 2000.

semaines³³ et 1 225 étaient en attente dans l'un ou l'autre des quatre hôpitaux³⁴ montréalais qui offrent des services en radio-oncologie³⁵.

- ❑ Pendant que des hôpitaux québécois attendaient l'approbation de leur demande d'acquisition d'appareil de radio-oncologie, les fonds publics du Québec servaient à financer à prix d'or³⁶ des traitements aux États-Unis dans des cliniques privées.
- ❑ Quelques jours avant la publication de ces données, les médias québécois publiaient une nouvelle à l'effet que M. Landry disposait d'une marge de manœuvre de 841 millions de dollars dans un fonds en fiducie en Ontario qu'il comptait utiliser ... en cas d'urgence.

Des soins palliatifs familiaux

- ❑ Au Québec, entre 5 % et 10 % seulement des mourants - dont la plupart sont atteints d'un cancer - ont accès aux soins palliatifs³⁷. En comparaison, dans l'Alberta de Ralph Klein, les soins palliatifs sont accessibles pour 98 % des cancéreux en phase terminale.
- ❑ Curieusement, il y a trente ans, le Québec faisait figure de précurseur en matière de soins palliatifs avec la création de la Maison Michel Sarrazin à Québec et des unités de soins palliatifs dans deux hôpitaux à Montréal.

³³ Un délai de traitement supérieur à quatre semaines est jugé inacceptable.

³⁴ Soit l'hôpital Général Juif, Maisonneuve-Rosemont, le CUSM et le CHUM.

³⁵ Traitement en radio-oncologie, nombre de patients en attente, période #12 au 26 février 2000.

³⁶ Aux États-Unis, il en coûte 16 000,00 \$ pour chaque patiente atteinte d'un cancer du sein. Au Québec, c'est 1 700,00 \$. Un accélérateur linéaire de base coûte environ 800 000,00 \$ à l'achat. Données de la Coalition Solidarité Santé.

³⁷ Lemieux, Louise. « Seulement 5 à 10 % des mourants ont accès aux soins palliatifs », *Le Soleil*, 16 mai 2000.

- Ce qui a fait dire à Terry Kaufman, directeur d'un CLSC dans l'Ouest de l'Île « Actuellement, les personnes en phase terminale ont tendance à se sentir abandonnées par le système de santé. Cette tendance est dangereuse... elle indique une baisse dans nos standards de qualité de services et d'accès à l'universalité des soins³⁸.

- A Laval, la Régie compte contourner cette difficulté par « l'amélioration de la collaboration entre les CLSC et les organismes communautaires dans le domaine des soins palliatifs »³⁹.

Les services sociaux publics : une race en voie de disparition

- Ce n'est certes pas un hasard si les services sociaux sont totalement passés sous silence dans le débat sur l'avenir du système de santé et de services sociaux. Le pelletage de mandats dans les CLSC sans un octroi équivalent de ressources financières pour leur permettre de faire face à la musique, a obligé les CLSC à réorienter les ressources vers les services post-opératoires, les soins à domicile, etc.

- 10 % des compressions récurrentes de 150 millions imposées aux établissements montréalais du réseau de la santé et des services sociaux ont été réinvestis de façon récurrente dans le budget du programme de soutien aux organismes communautaires à Montréal.

- A Montréal, deux ans à peine après les compressions massives, la Régie régionale reconnaissait que le nombre de personnes qui s'étaient adressées aux organismes

³⁸ Idem.

³⁹ Régie de la santé et des services sociaux de Laval, Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1996-1998, bilan des mesures, document de consultation, juin 1998

communautaires avait doublé entre 1995 et 1997⁴⁰. Cette hausse fulgurante a d'ailleurs durement ébranlé les organismes communautaires autonomes⁴¹.

- De leur côté, les groupes communautaires affirmaient que c'était le monde à l'envers. Avant, les organismes communautaires autonomes référaient des gens aux établissements publics et maintenant, c'est l'inverse⁴².
- En octobre 1996, le président du Conseil du Trésor déclarait : « Les gouvernements dans l'avenir vont tendre à être moins interventionnistes et à jouer davantage un rôle de catalyseur ou de facilitateur. Dans cette optique, (...) une place plus grande serait faite à des partenaires non-gouvernementaux pour la livraison de services publics. Les spécialistes entrevoient même l'émergence d'un troisième secteur dit communautaire (...) qui pourrait jouer un rôle actif dans la prestation des services sociaux⁴³. »

Précisons que les propos de M. Léonard sont toujours le reflet de la volonté gouvernementale. Dans le projet de politique de l'action communautaire, il est dit : « L'essor et le rayonnement de l'action communautaire inspirent la vision gouvernementale du renouvellement des services »(p.8) « C'est pourquoi, il - le gouvernement - va chercher à faire appel à l'expertise des organismes communautaires et à considérer leur modes d'intervention et leurs pratiques comme autant d'options pour répondre aux besoins de la population » (p.24)⁴⁴.

⁴⁰ Chiffre dévoilé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, le 20 octobre 1997 et cité dans Leur équilibre, notre déséquilibre du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, avril 1998.

⁴¹ RIOCM, Leur équilibre, notre déséquilibre, avril 1998.

⁴² RIOCM, Leur équilibre, notre déséquilibre, avril 1998.

⁴³ Déclaration parue dans le Devoir, le 18 octobre 1996 et citée dans Leur équilibre, notre déséquilibre du RIOCM.

⁴⁴ Gouvernement du Québec, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec, document de consultation, 5 avril 2000.

- Pour s'assurer que la prestation des services sociaux ne relèveraient plus du domaine public, le gouvernement québécois a adopté en 1998, le projet de loi 404 qui amendait la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Dorénavant, les CLSC ne sont plus tenus de fournir les services à la population mais ils ont un rôle de coordination. En d'autres termes, ils doivent maintenant s'assurer que des services sont effectivement donnés par ... d'autres.

Les salariées et salariés marginalisés durant la saignée

Un sondage Léger et Léger réalisé pour le compte de la Coalition Solidarité Santé en 1997 révélait que 85 % des répondantes et répondants estimaient que le gouvernement ne tenait pas suffisamment compte de l'avis des travailleuses et des travailleurs dans l'organisation des soins et des services mais qu'il devrait le faire⁴⁵.

L'appui massif de la population aux travailleuses et travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux est sans doute fonction de ce que les gens ont constaté : si une certaine qualité des services est encore maintenue malgré l'ampleur des compressions, c'est grâce au dévouement des travailleuses et des travailleurs de ce réseau.

Cet appui populaire n'aura pas suffi pour faire en sorte que les travailleurs et travailleuses réussissent à faire entendre leur voix. Mais ce n'est pas faute de ne pas avoir essayé. Mémoire après mémoire, consultation après consultation, audience après audience, des solutions alternatives ont été mises de l'avant, des mises en garde formulées, les erreurs d'analyse soulignées.

⁴⁵ Coalition Solidarité Santé, La population québécoise en a ras-le-bol des compressions dans la santé et les services sociaux, communiqué de presse publié le 10 octobre 1997.

Les propositions de partenariat se multipliaient bien mais sans garantie aucune, que les organisations syndicales pourraient effectivement influencer le devenir des choses. Comme le soulignait le Conseil central dans son mémoire en 1998, « Malheureusement, dans le passé, nous avons été à même de constater que derrière le discours du partenariat, se cachent des intentions qui vont à l'encontre d'une véritable participation syndicale »⁴⁶.

Jamais lors de ces consultations, on ne prenait en compte que la transformation du réseau avait alourdi les fardeaux de tâches et dans plusieurs cas, avec des impacts sérieux sur la santé physique et mentale des travailleurs et travailleuses du réseau. Les mouvements de personnel étaient perpétuellement sous-estimés.

Les employées et employés devaient revendiquer avec force que les postes demeurés vacants suite aux départs massifs à la retraite soient affichés et comblés. Les syndiqués-es déploraient partout des difficultés à participer aux décisions et à faire respecter leur convention collective.

Même sous l'angle de la démocratisation, la situation était aussi déplorable : manque de transparence et de volonté d'associer la population et le personnel pour l'amélioration du fonctionnement en réseau afin de répondre adéquatement aux besoins de la population. M. Léonard, président du conseil du Trésor déclarait même le 16 mai 2000 que « "Quand on pense que les syndicats siègent d'office sur les conseils d'administration des CLSC, cela n'a pas de maudit bon sens", a lancé, enflammé, M. Léonard. Or ces conseils d'administration devraient avoir toute la latitude nécessaire pour prendre des décisions de gestion qui peuvent ne pas faire l'affaire des employés syndiqués »⁴⁷.

⁴⁶ CSN, La Régie manque dangereusement de transparence et poursuit la privatisation du réseau, mars 1998.

⁴⁷ Lessard, Denis. « Les régies de la santé une erreur Le président du Conseil du trésor a des propos corrosifs sur notre système de santé », *La Presse*, 16 mai 2000.

Si la population a de moins en moins voix au chapitre et que les syndiqués sont exclus des lieux de décision, qui fera valoir la nécessité que les établissements du réseau public soient en mesure de travailler en réseau pour éviter que des citoyennes et des citoyens ne tombent entre deux chaises voire même entre deux lits ? Qui portera sur la place publique des revendications tant sur le niveau que la qualité des services ?

En ce sens, nous réitérons nos revendications que nous pouvons qualifier d'historique en matière de participation directe à l'organisation des services et du travail. En effet, l'expertise des travailleuses et des travailleurs du réseau doit non seulement être mise à contribution dans l'organisation et la dispensation des services, mais être reconnu pleinement comme partie intégrante de tout processus de changement.

LES PRINCIPES DE LA LOI CANADIENNE DE LA SANTÉ : S'EN TENIR AU PIED DE LA LETTRE

Compte tenu que le système québécois de santé et de services sociaux est régi par la Loi canadienne de la santé, il est nécessaire de s'y arrêter brièvement. Les principes fondamentaux⁴⁸ qui sous-tendent le régime de santé au Canada sont les cinq règles générales prévues par la Loi canadienne de la santé : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité.

Gestion publique signifie que le régime d'assurance-maladie de chaque province doit être géré à titre de services non lucratif par une autorité publique qui est responsable devant le gouvernement provincial.

⁴⁸ Association du Barreau canadien, *Un droit à la santé. Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, 1994.

Intégralité signifie que le régime doit couvrir tous les « services de santé assurés » fournis par les hôpitaux et les médecins.

Universalité signifie que le régime couvre 100 pour 100 des personnes qui habitent la province depuis trois mois.

Transférabilité signifie que les habitants ont droit aux services à l'extérieur de la province de résidence.

Accessibilité signifie que le régime doit couvrir les services de santé assurés sans que l'accès à ces services ne soit gêné ou interdit, directement ou indirectement.

La loi canadienne introduit deux obligations pour renforcer les cinq règles, soit l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs. La règle de l'accessibilité et les deux interdictions se conjuguent pour établir les principes implicites de la gratuité⁴⁹.

Malheureusement, le principe d'intégralité ne couvre que les soins médicaux fournis par les hôpitaux ou les médecins, donc, les services très directement liés à la maladie. À de nombreuses reprises, des organisations populaires et syndicales ont réclamé que ces principes soient inscrits dans la loi québécoise de la santé et des services sociaux en élargissant le principe d'intégralité pour y inclure notamment les soins à domicile et les médicaments mais en vain.

Aujourd'hui, force est de constater que le gouvernement québécois a décidé d'appliquer au pied de la lettre la loi canadienne de la santé mais sans plus. En confiant à des cliniques

⁴⁹ Document inédit de la Confédération des syndicats nationaux cité dans le Guide électoral de la Coalition Solidarité Santé, 1998.

privées, affiliées, encadrées par des médecins, le mandat de réaliser des chirurgies d'un jour⁵⁰ il demeure dans le cadre de la loi. En effet, la Loi canadienne de la santé ne stipule pas que les actes médicaux doivent être réalisés dans des établissements publics mais bien que le gouvernement provincial doit demeurer responsable de la gestion publique des fonds. Ce qui est tout à fait différent.

Ce faisant, le gouvernement québécois a créé délibérément des espaces où seront permis la facturation de frais connexes (examen d'échographie, pansements, médicaments, etc). Pour illustrer nos propos, nous reproduisons ici partiellement, la Grille provinciale des tarifs pour les services non assurés suggérée par la FMOQ⁵¹.

« 4. Médicaments et matériel médical

· Xylocaïne pour anesthésie locale lors de réparation de plaie	10,00 \$
· Anesthésie locale et autres médicaments pour une plaie de l'œil	5,00 \$
· Médicament appliqué sur les plaies	10,00 \$
· Médicaments injectables (ex. gravol, adrénaline, etc.)	10,00 \$
· Médicaments pour infiltration (ex. kenalog, édpro-médol)	20,00 \$
· Azote liquide	10,00 \$
· Vaccin contre l'hépatite B	50,00 \$
· Stérilet	75,00 \$
· Attelle d'immobilisation	10,00 \$
· Bandage en huit	25,00 \$
· Analyse d'urine (bâtonnet)	2,00 \$

Il est intéressant de noter que sous cette grille tarifaire, la FMOQ ajoute « P-S - Nouveaux items en cours de négociations (FMOQ-MSSS) » .

⁵⁰ Comme le proposait le rapport Arpin et comme cela s'est négocié avec la Fédération des médecins spécialistes au moment du renouvellement de leur convention collective.

⁵¹ FMOQ, Nouvelles de la FMOQ, février 1998.

ILLUSTRATION D'UNE STRATÉGIE PERDANTE :

LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ⁵² ET LE REcul DU DROIT À LA SANTÉ

Le Parti Québécois avait raison, en 1994, de préciser que l'un des secteurs privilégiés d'expression de la social-démocratie est celui de la santé. C'est malheureux que depuis, il ait troqué ses principes de social-démocratie par ceux, désespérément mercantiles, de la Banque mondiale. Nous comprenons bien maintenant ce que voulait dire M. Bouchard lorsqu'il déclarait à Laval, en 1997, devant la Chambre de commerce que son gouvernement était néo-social-démocrate : ... social-démocrate dans les discours, ...néo-libéral dans les actions.

Ce faisant, le gouvernement refuse aujourd'hui aux Québécoises et Québécois leur liberté comme société d'avoir d'autres modes de production et de distribution que les règles du marché dans les secteurs que nous jugeons collectivement essentiels, particulièrement pour le respect fondamental des droits de tous les être humains. Nous ne pouvons oublier que les règles du marché sont les sœurs siamoises de la loi de la jungle. Ce qu'on nous propose est en fait assez simple : « la socialisation des pertes et la privatisation des bénéfices »⁵³. Dans un tel contexte, le rôle de redistribution de la richesse collective de l'État se limite à assurer la solvabilité des plus pauvres.

Les réorganisations, les restructurations et les transformations auxquelles on soumet systématiquement le système depuis quelques années partagent généralement un même

⁵² Cette partie du texte est grandement inspirée du texte de présentation de Sylvie Paquerot, Concevoir le monde tel un vaste marché, présenté le 15 avril 2000 lors du Forum Égalité et droit à la santé organisé par la Coalition Solidarité Santé.

⁵³ Paquerot, op.cit.

objectif, celui du désengagement de l'État⁵⁴ ou de la « désétatisation », sous couvert de rationalisation, d'efficacité ou d'efficience. Ce qui est fondamentalement en jeu, c'est la marchandisation de la santé et des services sociaux. La privatisation n'est dans ce contexte que l'aboutissement ultime de cette marchandisation.

Les principales formes que prend cette désétatisation peuvent s'analyser à travers la grille suivante.

1. L'insuffisance chronique de ressources

Nous avons connu depuis plusieurs années mais plus particulièrement depuis l'imposition du déficit zéro, une tendance si forte à la réduction des ressources dans les services publics qu'elle constitue en elle-même une étape significative du processus de désétatisation. Ne pas donner les ressources nécessaires à l'accomplissement de leur mandat équivaut à toutes fins pratiques à forcer l'abandon ou le transfert à d'autres acteurs de certaines responsabilités.

Le discours du « faire plus avec moins » qui a été chanté sur tous les tons lors des compressions budgétaires massives de 1995 prépare le terrain pour que la population accepte que dorénavant les services publics feront moins. Maintenant, le ministre des finances clame à qui veut bien l'entendre que le système québécois de santé et de services sociaux est un « gouffre sans fond » précisant ainsi qu'il n'est pas question pour lui de réinvestir dans ce système.

⁵⁴ Sur ce point, le PQ et le PLQ converge puisque le 28 mai 2000, en conférence de presse de clôture du conseil général du PLQ, Jean Charest déclarait que sa priorité allait être de « simplifier l'appareil d'État ». La Presse, 29 mai 2000, p.A-24

Cette insuffisance de ressource, volontaire et organisée précisons-le, sous-tend toutes les autres formes du désengagement qui interviendront ensuite.

C'est cette insuffisance dramatique des ressources qui explique en grande partie pourquoi les CLSC ont accepté si docilement de référer des personnes âgées vulnérables aux entreprises d'économie sociale, pourquoi les services sociaux ont été en grande partie, pelletés dans la cour des organismes communautaires, pourquoi les établissements hospitaliers réfèrent des patients aux cliniques privées pour la prestation de certains soins médicaux, etc.

Cela n'est pas sans conséquence puisque **seul** l'État est tenu de fournir des services à toutes les citoyennes et à tous les citoyens.

Enfin, en réduisant les impôts de 4,5 milliards \$ d'ici l'année 2002-2003 au lieu d'une somme de 2,2 milliards \$ annoncée dans le budget de l'an dernier pour la même période⁵⁵ et du 1,3 milliard \$ annoncé dans son programme électoral, le gouvernement québécois se prive sciemment des ressources financières nécessaires pour rétablir un niveau de financement acceptable des services publics. Si le système québécois de santé et de services sociaux est malade de ses compressions, le gouvernement utilise l'outil fiscal, contre le bien commun, pour s'assurer que la maladie sera chronique et fort probablement dégénérative.

2. La décentralisation

La décentralisation peut, à certaines conditions, répondre aux aspirations de la population. Mais dans le domaine de la santé et des services sociaux, nous avons dû faire face à une

⁵⁵ Confédération des syndicats nationaux, Analyse du budget du Québec 2000-2001, Conseil confédéral des 15, 16 et 17 mars 2000.

régionalisation des compressions budgétaires certes mais surtout à une déconcentration administrative des décisions entourant la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Non seulement, les régies régionales n'avaient pas le pouvoir de déterminer le niveau de ressources dont elles auraient besoin, mais nombreuses sont celles qui se plaignent aujourd'hui de n'avoir pratiquement aucune marge de manœuvre, « 99 % des orientations budgétaires étant déjà déterminées par Québec »⁵⁶.

Dans tous les cas où on n'a décentralisé uniquement l'administration sans les pouvoirs, le but de l'exercice vise essentiellement à créer une distance « raisonnable » entre le lieu où se décide la rareté de ressources financières et le lieu où il est mis en œuvre. L'exemple de compressions massives de 1995 est tout à fait éloquent à ce chapitre. La sale job, le gouvernement l'a fait faire aux régies régionales.

Toute incapacité des instances régionales à remplir les commandes financières impossibles révèle maintenant l'incapacité de ces instances à faire des choix et à administrer efficacement. Dans ce contexte, nul ne peut s'étonner de la déclaration du président du Conseil du Trésor, le 16 mai dernier, à l'effet que « La création des régies régionales dans le réseau de la Santé a été une erreur et il faut vite faire ce qu'il faut pour rendre cette structure responsable de ses décisions budgétaires »⁵⁷.

Soulignons également que ces transferts peuvent avoir des effets dévastateurs en termes d'universalité et de redistribution (péréquation) et peuvent mener plus rapidement à

⁵⁶ Bergeron, Steve. « La ministre Marois blâmée par la Régie », *La Tribune*, 26 avril 2000. Il est à noter ici que d'autres régies ont fait des interventions publiques allant dans le même sens.

⁵⁷ Lessard, Denis. « Les régies de la santé une erreur (Léonard) Le président du Conseil du trésor a des propos corrosifs sur notre système de santé », *La Presse*, 16 mai 2000.

différentes formes de privatisation car ils s'accompagnent généralement de déréglementation.

Enfin, précisons qu'il n'y a pas de hasard au fait que les déconcentrations administratives sont particulièrement prisées en période de compressions budgétaires mais que les recentralisations arrivent généralement en période de croissance budgétaire. Comme si la députation souhaitait qu'on revienne à cette période ou chaque réinvestissement doit devenir l'occasion de retombées politiques.

3. La déréglementation

Essentielle au désengagement de l'État, la déréglementation vise en fait à réduire les règles qui, éventuellement, pourrait avoir un effet dissuasif pour l'entreprise privée. On a justifié cette orientation en disant que la bureaucratie nuit à l'efficacité, sans mettre toutefois en perspective que dans le domaine public une grande partie des règles visent des objectifs de « bien commun », à équilibrer des rapports de force trop inégaux (loi du travail, recours des citoyens) et à garantir l'équité et l'accès universel aux services.

Comme la « nature » a horreur du vide, lorsque les règles publiques disparaissent, celles du marché prennent le relais : celles de la compétitivité et de la concurrence. Règles peu adaptées pour garantir à l'ensemble des Québécoises et des Québécois des services sociaux et de santé sans égard au revenu ou au statut.

Force est de constater que dans le dossier de la santé et des services sociaux, la modification des vocables a très bien préparé le terrain à ceux qui veulent notre bien et qui s'organise pour l'avoir. Pour ne citer que quelques exemples dont on a truffé la documentation ministérielle : clientèle, efficience, performance, modernisation,

réorganisation, etc. Certains dénonçaient même tout récemment le fait que « Nous sommes collectivement victimes et prisonniers d'un monopole d'État en matière de soins de santé »⁵⁸.

4. La tarification

Il arrive toutefois que l'on dénature les services publics sans pour autant les privatiser. C'est notamment le cas lorsqu'on décide d'imposer une tarification aux services publics qui perdent ainsi une partie de leur fonction de solidarité et de redistribution. Le choix d'imposer un tarif direct plutôt que d'augmenter les fonds publics alloués à une mission n'est pas innocent et ne répond pas principalement à un objectif de financement.

Une telle tarification a pour but et pour résultat d'introduire à l'intérieur même des services publics une logique de marché et de désolidariser les « consommateurs » de ces services des autres citoyennes et citoyens.

Payer en fonction de ce que l'on consomme favorise nettement le glissement des droits sociaux et fondamentaux vers celui des besoins. C'est actuellement le cas dans l'actuel régime d'assurance-médicaments⁵⁹, dans les services d'aide domestique pourtant essentiels au maintien à domicile et dans la communauté des personnes âgées ou handicapées, etc.

5. La privatisation et la sous-traitance

⁵⁸ Rioux, Raymond. « Santé : oui à l'universalité des soins et non au monopole de l'État », *La Presse*, 27 avril 2000.

⁵⁹ Comme l'accès aux médicaments ne faisaient pas partie intégrante de l'accès aux soins de santé.

Sous toutes ces formes, multiples, la privatisation peut être porteuse de bénéfices mais seulement pour un nombre restreint d'actionnaires. Elle constitue cependant une perte nette pour l'ensemble de la collectivité. Qu'il s'agisse de privatisation pure ou de sous-traitance, le résultat est le même : ces transferts induisent, à même des fonds publics, des investissements dans des équipements et une expertise privée. Plus simplement, les ressources collectives servent alors à financer des bénéfices privés.

Le rapport Arpin, en disant « oui au privé mais non à la privatisation » s'inscrit tout à fait dans cette logique. Il propose en effet que les fonds publics servent à financer des équipements qui ne nous appartiendront jamais collectivement et que nous continuerons de payer pour pouvoir les utiliser une fois que ... nous les aurons payer.

Les avancés du rapport Arpin vont tout à fait à l'encontre des propos du Conseil de la santé et du bien-être du Québec qui affirmait que « une analyse récente de la situation dans les pays de l'OCDE montre que plus le secteur privé prend de l'importance dans les services de santé, moins les dépenses totales sont maîtrisées. Le transfert du public au privé ne peut donc représenter une solution pour contrôler les coûts⁶⁰. À lui seul, l'exemple de nos voisins américains suffit à démontrer à quel point les affirmations du Conseil sont véridiques.

Bien sûr, les conventions collectives obtenues de hautes luttes seront de facto inapplicables dans ces nouvelles entreprises privées. À ce propos, il importe de préciser ici que lors des Grands Sommets de la santé⁶¹, tenus à Montréal le 17 avril dernier et auquel les

⁶⁰ Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Un juste prix pour la santé, 1995.

⁶¹ Les Grands sommets de la santé, le vrai bilan de la santé, 17 avril 2000 sous la présidence d'honneur de Merck Froost, présenté par Perform en collaboration avec La Presse et Bos.

organisations syndicales ne pouvaient participer, les « Grands » en ont profité pour se poser les questions suivantes :

- En quoi les contrats de travail sont-elle une entrave réelle au pouvoir de gestion ?
- Comment le privé peut créer un sain climat de concurrence, oxygéner le réseau et le rendre plus innovateur ?
- Dans un contexte où environ 70 % des dépenses de l'État en matière de santé sont consacrées à la masse salariale, comment maximiser notre marge de manœuvre ?
- Et enfin, ils se sont questionnés sur une question fondamentale pour qui veut privatiser : Notre système de santé risque-t-il d'être pris en otage par les tribunaux et les citoyens?

■ Des milliards qui échappent au privé : c'est insoutenable pour les néo-libéraux

Le système québécois de santé représente, « en chiffre d'affaires » près de 15 milliards - dont plus de trois milliards à Montréal et ... à Laval - dont la majeure partie est allouée au financement des ressources publiques. Il est évident que soustraire autant d'argent des lois du marché est insoutenable pour tous les gens d'affaires avides de profits. Le gouvernement québécois a tenté de remédier à la situation en créant le Groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé. Avant de tomber directement dans le contenu de ce rapport, nous ferons un petit détour pour mieux comprendre la composition du Groupe Arpin.

La composition du groupe Arpin

Le comité⁶² était composé de Roland Arpin, directeur général du Musée de la civilisation, par deux hauts fonctionnaires François Turenne et André Morin, par un cardiologue, le Dr Jean Morin et par des représentants de trois corporations Alban D'Amours, Anne Côté et Richard Larouche. Loin de représenter la population, ces trois derniers représentaient des corporations tout à fait intéressées dans le débat sur la privatisation.

Richard Larouche est vice-président du Groupe Aon. Ce groupe approche des établissements de santé et offre des projets de sous-traitance portant par exemple sur la gestion des services administratifs. Notons que le Groupe Aon était un partenaire important des Grands Sommets de la santé.

Anne Côté est vice-présidente de Hydro-Québec Capitech. Ce groupe est sur les rangs pour répondre à la volonté du ministère d'investir jusqu'à un milliard de dollars dans le développement d'une inforoute de l'information.

Alban D'Amours était alors vérificateur du Mouvement Desjardins et maintenant, il est devenu président de Desjardins. Cette institution financière, par ses filiales, Canagex par exemple, investit de façon importante dans les fonds de développement des technologies médicales. Le Mouvement Desjardins est également le fiduciaire des fonds de l'économie sociale et vend des assurances privées complémentaires.

Avec une telle brochette de gens intéressés - au sens littéral du terme -, il n'y a plus lieu de s'étonner que le rapport Arpin ait émis un préjugé favorable à la privatisation des services de santé. Il est clair que les dés étaient pipés d'avance et que ces conclusions étaient attendues par le gouvernement québécois.

⁶² Noël, André. « Le rapport Arpin sert des intérêts particuliers », dit la FTQ, *La Presse*.

Les principales recommandations du Groupe Arpin⁶³

- la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif⁶⁴;
- l'action des cliniques privées devrait être plus centrée sur la première ligne⁶⁵;
- les cliniques affiliées⁶⁶ (mais détenues par des intérêts privés) s'occuperaient des chirurgies d'un jour et pourraient faire des traitements qui se font actuellement à l'hôpital;
 - les hôpitaux deviendraient uniquement des centres de traitement pour les grandes maladies.
- l'achat de place dans des centres d'hébergement privés par le secteur public.

La teneur de ces recommandations nous incite à analyser sommairement la parenté qui peut exister entre les recommandations Arpin et le projet de loi 11 albertain.

Le projet de Loi 11 déposé par le gouvernement Klein interdit les hôpitaux privés mais permet aux régies régionales de confier à des cliniques privées accréditées certaines interventions chirurgicales, y compris des chirurgies nécessitant une hospitalisation; permet aux hôpitaux, aux cliniques et aux médecins de facturer à leurs patients des services haut de gamme non-couverts par l'assurance-maladie (mais précise que ce montant devra être raisonnable et que le patient devra donner son consentement par écrit) et enfin, interdit aux patients de payer pour obtenir plus rapidement une chirurgie et ainsi éviter une liste d'attente.

⁶³ Assemblée nationale du Québec, Conférence de presse de M. Roland Arpin, Dépôt du rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec. 22 septembre 1999.

⁶⁴ Cela correspond tout à fait à l'annonce faite par Mme Marois, lors du Forum sur le vieillissement, le 7 avril 2000.

⁶⁵ Cela correspond tout à fait à la proposition SECOR développée pour la Fédération des médecins omnipraticiens.

⁶⁶ L'affiliation se résume au fait que les MD des cliniques privées relèveraient du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un hôpital public.

Le gouvernement albertain prétend que les services privés pourraient contribuer au désengorgement des services publics grâce à l'efficacité du secteur privé. On retrouve des arguments tout à fait comparables dans le texte de conférence de presse de M. Roland Arpin. Chaque fois qu'il y est question du privé, on utilise les termes « souplesse », « performance », « efficacité » et chaque fois qu'il est question du public, M. Arpin parle de « rigidité », « bureaucratisation » et « lourdeur des conventions collectives ». Les cliniques accréditées en Alberta c'est à toute fin utile la même chose que les cliniques affiliées du Québec, seul le vocabulaire change.

4. L'économie sociale dans tout ça

Le transfert des missions publiques à des groupes privés à but non lucratif peut être analysé à partir de la grille qui précède comme une méthode mixte. Réponse à l'insuffisance chronique de ressources (les salaires y sont notablement plus faibles que dans le secteur public), elle entraîne souvent une déréglementation, particulièrement du point de vue des recours de citoyennes et des citoyens, et une rupture dans le principe d'universalité. Mais comme il ne s'agit pas d'organismes privés lucratifs, elle n'induit pas de bénéfices privés.

L'économie sociale ne s'inscrit pas moins dans la volonté gouvernementale de désétatisation des services publics et on ne s'en cache plus. A preuve, le journal *Les Affaires* du 15 avril 2000 affirmait : « Loin d'être marginale, l'économie sociale est devenue au Québec une véritable composante intrinsèque de l'économie, qui compte des milliers d'emplois et qui est devenue essentielle dans certains secteurs, avec le retrait progressif de l'État »⁶⁷. Interrogée dans le cadre de cet article, Mme Nancy Neantam, précisait que « Le secteur privé et l'État ne peuvent pas tout faire. Le réseau d'aide domestique, à titre

⁶⁷ Bouchard, Louise. « L'économie sociale joue un rôle grandissant, Les fonds ne suffisent plus à répondre à la demande », *Journal Les Affaires*, 15 avril 2000.

d'exemple, répond à un besoin pressant résultant de pressions exercées dans le domaine de la santé ».

Prenons effectivement l'exemple des entreprises d'économie sociale en aide domestique, les services sont tarifés et les entreprises sont tenues d'atteindre un seuil de rentabilité. Ces entreprises ne font aucune distinction entre ceux et celles pour qui l'accès aux services est une condition sine qua non à leur maintien dans la communauté et ceux et celles qui travaillent et n'ont tout simplement pas le temps de faire leur ménage. Dans tous les cas, les personnes requérantes doivent déboursier un tarif horaire allégé, parce que financé en partie par les fonds publics. Quatre dollars de l'heure pour une personne assistée sociale ou recevant le supplément de revenu garanti, et 10,00 \$ de l'heure pour celles et ceux qui peuvent avoir des revenus de 100 000,00 \$ et plus annuellement pour des services dont le coût horaire réel varie entre 21,20 \$ et 39,29 \$ de l'heure⁶⁸. Avec cette justice, on subventionne les pauvres... comme les riches.

Comme les entreprises d'économie sociale ne sont pas assujetties aux recours prévus dans la loi de la santé et des services sociaux (puisque leur financement ne provient pas directement du ministère ou des régies⁶⁹), ou ceux prévus par le Protecteur du citoyen (parce qu'il ne s'agit pas de services publics), la seule alternative qu'il reste aux citoyennes et aux citoyens qui se croient lésés, ce serait le dépôt d'une plainte à l'Office de la protection des consommateurs⁷⁰! C'est là d'ailleurs une avenue qui est sérieusement étudiée⁷¹.

⁶⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Document de réflexion - économie sociale-aide domestique, 3 avril 2000. Ce qui est largement supérieur au salaire horaire moyen de 14,00 \$ d'une auxiliaire familiale et sociale oeuvrant en CLSC.

⁶⁹ L'argent transite par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

⁷⁰ Il faut toutefois noter ici que l'OPC en tant que service public a aussi été victime de compressions importantes.

⁷¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Document de réflexion - économie sociale-aide domestique, 3 avril 2000.

■ Des stratégies en tout point conformes à celles proposées par la Banque Mondiale

Ce qui est fascinant en regard de tout ce qui précède - et qui sied comme un gant au système québécois de santé et de services sociaux - , c'est que toutes ces stratégies sont recensées dans un rapport de la Banque mondiale publié en 1997 : L'état dans un monde en mutation. Aussi, il n'a pas été étonnant que les membres du Parti Québécois, réunis en congrès en avril 2000, aient refusé de lier la question nationale et la social-démocratie dans le programme du parti tel que le recommandait les jeunes péquistes. Nous devons certes les féliciter pour leur cohérence et leur transparence à ce chapitre.

■ Réflexion sur la soi-disant improductivité des services publics

Que deviendrait l'efficacité des entreprises privées, « seules créatrices de richesses, paraît-il, si demain disparaissaient ces monuments d'improductivité supposée que sont le système éducatif, le système de santé, l'infrastructure publique de transports et de communications et tous les services publics ? (...) Les dénigreur du service public verraient alors ce qu'il adviendrait de la magnifique productivité dont ils se glorifiaient; ils s'apercevraient de tout ce que leurs performances devaient à la collectivité, ainsi que des charges de formation et d'entretien du « matériel humain » (puisque c'est ainsi qu'ils l'entendent) dont ils se trouvaient par là même dispensés »⁷².

« Dans cette perspective, l'offensive en vue de la privatisation relève du paradoxe. On nous dit que les activités publiques doivent devenir de plus en plus marchandes au moment où ce

⁷² Passet, René. « Contre les privatisations, une économie plurielle », *Le Monde diplomatique*, mai 2000, p.14.

sont, au contraire, les activités marchandes qui entraînent des conséquences sociales de plus en plus importantes.

(...) La véritable urgence n'est donc pas d'étendre le champ de l'initiative privée au détriment des services publics, mais, au contraire, d'accroître le contrôle de la collectivité sur les activités privées comportant d'importantes conséquences sociales »⁷³.

LES VRAIES MENACES QUI PÈSENT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les chercheurs préoccupés par l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux s'entendent généralement pour reconnaître que les médicaments et les technologies médicales représentent deux menaces qui pèseront lourd sur l'avenir du système de santé et de services sociaux.

Lors de la consultation sur l'assurance-médicaments, le Ministère écrivait lui-même qu'avec une hausse de 15 % par année des dépenses de médicaments, « ce taux est d'autant plus préoccupant qu'il influencera la répartition des ressources entre les différents acteurs de la santé »⁷⁴.

Convoqués par le premier ministre Bouchard et la ministre Marois, les directeurs des hôpitaux précisaient eux aussi que les médicaments et les technologies médicales menaçaient le budget des établissements publics.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Ministère de la santé et des services sociaux, document d'évaluation du régime général d'assurance-médicaments, 1999.

Enfin, une étude de la Banque mondiale, publiée en 1993, démontrait qu'un gouvernement qui veut contrôler les coûts de son système de santé devait encadrer le paiement à l'acte des médecins⁷⁵.

Curieusement, aucune donnée de cette nature n'est fournie dans la documentation ministérielle rendue disponible à ce jour. Nous avons donc cru nécessaire de la compléter sur notre propre base.

1. Les médicaments

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, les budgets des établissements du réseau québécois de santé ont diminué de 537 millions de dollars entre 1993 et 1997 alors que les dépenses de médicaments ont progressé de 382 millions⁷⁶. C'est donc dire que 71 % de ce qui a été amputé dans les établissements de santé et de services sociaux a servi directement à renflouer les caisses pour l'achat de médicaments.

Mais comment justifier un tel détournement de l'argent des services publics vers l'industrie pharmaceutique ? Nous l'ignorons. Toutefois, nous savons que :

- Cela ne s'est pas fait pour garantir à l'ensemble des citoyennes et des citoyens l'accès aux thérapies médicamenteuses quelque soit leur statut ou leur revenu. Au contraire, en 1996, le gouvernement a mis à contribution⁷⁷ les personnes âgées et les personnes

⁷⁵ La Presse, La Banque mondiale condamne le paiement à l'acte, 26 juillet 1993.

⁷⁶ Noël, André. « Le Québec dépense moins que le reste du Canada pour les soins de santé », *La Presse*, 30 décembre 1999.

⁷⁷ Avec la Loi 33 créant le régime général d'assurance-médicaments. Cette loi est entrée en vigueur le 1 août 1996 pour ces deux catégories de citoyennes et citoyens. A cette occasion, le gouvernement ne s'est pas caché de vouloir récupérer 250 millions \$ dans les poches des poches des aînés et des bénéficiaires de l'aide sociale.

assistées sociales pour qu'elles assument une large part de leurs dépenses de médicaments.

- On a tenté de nous faire croire qu'il fallait accorder des avantages fiscaux importants aux compagnies pharmaceutiques déjà fort lucratives pour développer l'emploi au Québec. Or, des données publiées par l'industrie pharmaceutique elle-même en décembre 1999 nous apprennent que l'industrie pharmaceutique ontarienne compte aujourd'hui 9 250⁷⁸ employés alors que le Québec n'en compte que 7 808⁷⁹.
- On a aussi tenté de nous faire croire que l'industrie pharmaceutique des brevetés était au Québec alors qu'en Ontario, on retrouvait surtout les compagnies de « génériques ». Pourtant, les contribuables québécois ont payé les avantages fiscaux pour que la société québécoise Biochem Pharma développe le 3TC, reconnu comme un médicament important pour le contrôle du VIH. Pourtant, une fois le médicament approuvé par les autorités américaines, Biochem Pharma a vendu son brevet à la multinationale Glaxo Wellcome. Par la suite, cette même société a décidé de fabriquer le 3TC dans la région de Toronto⁸⁰. Au Québec, les dépenses, en Ontario, les emplois!
- Alors qu'on nous serine depuis quelques années déjà, la nécessité de faire plus avec moins, la ministre de la Santé et des Services sociaux approuvait en décembre 1999 le Singulair, un comprimé contre l'asthme développé à Montréal. Pourtant, le Singulair est 50 % plus cher que son rival, l'Accolate et rien ne démontrait qu'il soit plus efficace. Ce faisant, la ministre est allée à l'encontre du Conseil consultatif de pharmacologie qui souhaitait que le médicament ne soit remboursable qu'aux personnes pour qui l'Acolate

⁷⁸ Compagnie de recherche au Canada (Les). *Profil de l'industrie pharmaceutique en Ontario*, 1999.

⁷⁹ Compagnie de recherche au Canada (Les). *Profil de l'industrie pharmaceutique au Québec*, 1999.

⁸⁰ Coalition Solidarité Santé. Rapport du Groupe de travail sur les médicaments, novembre 1999.

est contre-indiqué⁸¹. Le chat, sur les véritables motivations de la ministre à inclure ce médicament dans la liste de la RAMQ, est sorti du sac quand l'attachée politique de Mme Marois, Mme Nicole Bastien a admis qu'« il y a aussi le fait que ce médicament a été découvert et mis au point à Montréal, c'est sûr que ça ne nuit pas ». Mme Bastien, lors de son entrevue de presse, n'a pu préciser si la ministre avait l'intention d'accorder un traitement préférentiel à d'autres découvertes québécoises⁸².

- Et comme si la cour n'était pas déjà pleine, le ministre Landry appuyé par le premier ministre refusait d'opter, à l'instar des autres provinces canadiennes, une politique d'achat au plus bas prix des médicaments qui aurait permis aux contribuables québécois et aux personnes assurées par le biais du régime public d'assurance-médicaments d'économiser entre 17 et 30 millions. Étonnamment, la ministre Marois disait elle-même quelques semaines avant, que cette « mesure en faveur du prix le plus bas a reçu un assez large appui »⁸³.

Pourtant, l'incidence de cette croissance débridée des coûts a déjà été lourde de conséquences pour le système public de santé et de services sociaux. L'Institut canadien d'information sur la santé a publié des données québécoises qui nous permettent de mesurer l'ampleur de la dérive. Alors que le coût des médicaments connaissait une augmentation abusive en regard du coût de la vie sans que M. Landry ne déchire sa chemise sur la place publique⁸⁴;

⁸¹ Bégin, Jean-François. « Le Singulier bien plus cher mais remboursable », *La Presse*, 21 décembre 1999.

⁸² Idem

⁸³ Marois, Pauline, ministre de la Santé et des Services sociaux, Allocution de la ministre d'État à la santé et aux Services sociaux devant la Commission des affaires sociales chargée de la consultation générale et des audiences publique sur rapport Évaluation du régime général d'assurance-médicaments, 29 mars 2000.

⁸⁴ Nous faisons ici référence ici aux propos de M. Landry qui déclarait suite au budget provincial 2000 que la santé est un gouffre sans fond.

- le nombre de personnes traitées dans les hôpitaux de courte durée est passé de 824 108 en 1994 à 673 502 en 1998 (une baisse de 18,3 %);
- pendant la même période, le nombre de lits installés pour des soins généraux et spécialisés est passé de 23 012 à 16 389 (une baisse de 28,7 %);
- le nombre de places d'hébergement en soins de longue durée est passé de 46 225 à 42 336 (une baisse de 8,4 %);
- les compressions ont entraîné la perte de 20 757 postes syndiqués dans le réseau public (soit près d'un poste sur onze)⁸⁵.

Force est de constater que le couperet gouvernemental s'est abattu sur les établissements mais a généreusement épargné les compagnies pharmaceutiques qui encaissent des centaines de millions de dollars de profits chaque année.

6. Les technologies médicales⁸⁶

De nos jours, l'innovation technologique est à la santé, ce qu'Internet est aux cotes de la Bourse, un secteur en plein développement qui menace de faire explorer littéralement les coûts de la santé.

Bien qu'il soit difficile à évaluer, le coût des nouveaux traitements médicaux, des équipements et des médicaments ultrasophistiqués qui inondent le marché sont pesants sur le budget des établissements. Si on ignore la portion exacte qu'accapare l'innovation technologique dans la croissance des budgets, on sait maintenant qu'elle risque de mener le système à la banqueroute. Et comme le précisait André-Pierre Contandriopoulos de

⁸⁵ Noël, André, op. cit.

⁸⁶ Paré, Isabelle. Cette partie est grandement inspirée de l'article, « L'innovation technologique fait craquer les budgets », Le Devoir, 29 avril 2000.

l'Université de Montréal « C'est le moteur de la demande croissante pour les services de santé (...) Cela explique au moins 30 à 40 % de la croissance des coûts⁸⁷.

En effet, on estime qu'il faudrait investir 1,35 milliard pour « mettre à jour » les hôpitaux québécois en matière d'équipements dont 512 millions pour les seuls hôpitaux universitaires. De cette mirobolante facture, 391 millions iraient à des équipements de base et 958 millions à des équipements ultraspécialisés.

Avoir ces équipements nous coûterait très cher mais ce sera aussi le cas si le réseau public ne dispose pas de ces équipements. Par exemple, à Laval actuellement, la Cité de la santé, faute d'avoir les équipements nécessaires, « achète » à la pièce des examens de résonance magnétique dans une clinique privée opérée par des radiologistes.

7. Le paiement à l'acte

Depuis le début des compressions, il est clair que les médecins tirent leur épingle du jeu mieux que les autres professionnels de la santé. La raison en est fort simple : même s'ils sont des professionnels de la santé, le Ministère les considère d'abord et avant tout comme des entrepreneurs privés qui apportent une contribution aux services de santé. C'est le fait qu'ils soient dans une proportion de 92 % payés à l'acte qui leur confère ce statut.

Même si ce mode de rémunération est une cause importante de la croissance des coûts, jamais, au grand jamais, le gouvernement n'a eu la volonté de le remettre en question. Plusieurs arguments plaident pourtant en faveur d'une telle révision :

⁸⁷ Le Devoir, op. cit

- ❑ Le Forum national de la santé était clair sur la nécessité de remettre en question très sérieusement le paiement à l'acte en affirmant qu'un des trois facteurs qui contribuerait à la maîtrise des coûts serait « l'abandon de la rémunération à l'acte des médecins »⁸⁸.
- ❑ Un sondage SOM/La Presse/ Radio-Québec, réalisé en 1995 révèle que 50 % des Québécoises et des Québécois préféreraient que les médecins reçoivent un salaire fixe plutôt qu'une rémunération à l'acte.
- ❑ L'ex-sous ministre de la santé, Paul-A Lamarche, estime pour sa part que les décisions des citoyennes et des citoyens « influencent directement 10 % des coûts des services de santé. Le 90 % restant est initié par les producteurs de services »⁸⁹.
- ❑ D'autres chercheurs ont abondé dans ce sens. « De plus, l'abandon progressif de la formule de rémunération à l'acte et son remplacement par un système salarial (...) permettrait de maîtriser, jusqu'à un certain point, la consommation des services de santé. La rémunération à l'acte, de par sa nature, tend à accroître le recours aux services de santé en permettant aux médecins de neutraliser les mesures de contrôle des prix par l'augmentation du volume et des types de services »⁹⁰.

Effectivement, la rémunération à l'acte incite les médecins à favoriser les actes les plus payants, à poser des actes pouvant aisément être posés par d'autres professionnels de la santé, cause des hospitalisations non pertinentes et contribue à provoquer une hausse des coûts des médicaments.

⁸⁸ Forum national de la Santé, La santé, un héritage à faire fructifier.

⁸⁹ Lamarche, Paul A. La démocratisation, un déterminant de la transformation des systèmes socio-sanitaires, février 1994.

⁹⁰ Kennedy, Wendy, Forum national de la santé. *Orientations pour une politique pharmaceutique au Canada*, La gestion des dépenses pharmaceutiques au Canada, 1997.

Reprenons ces éléments un par un pour voir véritablement de quoi il en retourne.

Si nous avons des doutes sur le fait que les médecins privilégient les actes les plus payants, l'entente signée en mai 2000 avec la Fédération des omnipraticiens le confirme hors de tout doute raisonnable. On peut y lire que le MSSS a consenti à majorer la rémunération des médecins de 10 % lorsque le patient vu en cabinet privé est âgé de 70 à 79 ans et de 15 % s'il a plus de 80 ans, de 4 % du tarif dans les centres d'hébergement, de 15 % pour les accouchements⁹¹.

Certains actes réservés aux médecins pourraient aisément être délégués à d'autres professionnels sans que ne soit compromise la qualité des soins médicaux. Effectivement, les sages-femmes, les infirmières seraient hautement en mesure d'en assumer plus que c'est le cas actuellement. Il coule de source que la révision de la délégation d'actes devrait être revue de haut en bas puisque certains actes posés par les infirmières pourraient relever des infirmières auxiliaires. Ainsi, nous pourrions faire aussi bien mais autrement.

D'après des études réalisées entre 1991 et 1993, les ordonnances, les posologies et les associations médicamenteuses inappropriées seraient à l'origine de 39 % des hospitalisations liées à la consommation de médicaments et le paiement à l'acte n'est pas étranger à cette situation. Des chercheurs concluent que « Le mode de rémunération influe sur le temps que le médecin consacre au patient et sur la nature des services qu'il dispense. Les services moins rentables sont dispensés moins souvent que prévu et c'est l'inverse dans le cas des services plus rentables. Des observations ont permis de mettre en évidence que la durée de la consultation est plus courte chez les médecins rémunérés à l'acte que chez les médecins salariés. De plus, les médecins rémunérés à l'acte s'occupent moins souvent

⁹¹ Bégin, Jean-François. « Québec s'entend avec les omnipraticiens », *La Presse*, 17 mai 2000.

de renseigner leurs patients, l'information du patient étant un service non facturable en soi⁹² ».

Le gouvernement se préoccupe généralement peu de la responsabilité des prescripteurs de médicaments et de l'influence de leur pratique sur les coûts des médicaments. Pourtant, le Dr Paul Saba, porte-parole de la Coalition des médecins pour la justice sociale, réclamait, le 21 décembre 1999, une sensibilisation du corps médical au problème des coûts des médicaments. « Les médecins prescrivent des médicaments trop coûteux, par ignorance des prix »⁹³, reconnaissait-il.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence les deux ententes survenues récemment entre le Ministère et les Fédérations représentant les médecins. « La négociation salariale est le principal moyen à la disposition de l'État pour tenter de discipliner et d'organiser la pratique médicale des médecins »⁹⁴ - entrepreneurs privés. « La situation est telle que tout problème d'organisation de la pratique et des services donne quasi-automatiquement ouverture à des amendements à la rémunération des médecins »⁹⁵.

En mai 2000, ils ont obtenu une augmentation de 9 % sur quatre ans à l'instar des employés et employées du réseau public. Dans les deux cas (généralistes et spécialistes), à cause des problèmes d'organisation des services, il y a eu des amendements qui, cumulés, représentent un redressement de 25 % de l'enveloppe globale⁹⁶ leur étant destinée⁹⁷. Fait à

⁹² Coalition Solidarité Santé. Rapport du Groupe de travail sur les médicaments, novembre 1999.

⁹³ Lacroix, Liliane. « Les médecins prescrivent des médicaments trop coûteux par ignorance des prix », *La Presse*, 21 décembre 1999.

⁹⁴ Confédération des syndicats nationaux, *Pratique médicale et rémunération des médecins*.

⁹⁵ *Idem*.

⁹⁶ L'entente couvre de 1998 à 2002.

⁹⁷ *Le Devoir*, Entente avec les omnipraticiens, La rémunération globale augmentera de 25 %. 17 mai 2000.

noter, l'enveloppe globale des médecins avait connu une légère croissance entre 1995 et 1998.

Dans les deux cas également, le gouvernement a épongé les déficits antérieurs - comme dans le cas des hôpitaux - à la différence toutefois qu'aucune mesure n'est prise pour éviter de tels dépassements dans le futur.

■ Les gagnants de la marchandisation

Les quelques lignes qui précèdent démontrent bien que certains groupes tirent bien leur épingle du jeu et ce, malgré la volonté gouvernementale d'assainir les finances publiques, coûte que coûte. Curieusement, l'enveloppe des médecins et celle des médicaments demeurent centralisées à Québec (bien à l'abri, semble-t-il) n'ont connu que des hausses depuis 1995 alors que dans les régions, les budgets des établissements publics rétrécissaient comme une peau de chagrin.

Tout aussi curieusement, les dépassements de coûts dans ces deux enveloppes au cours des prochaines années seront à toute fin utile sans conséquence⁹⁸ alors que les établissements publics risquent la tutelle s'ils ont des déficits. Bref, le bâton pour les établissements publics et la carotte pour les médecins et l'industrie pharmaceutique.

LES PERDANTES ET LES PERDANTS DU REcul DU DROIT À LA SANTÉ

La marchandisation des services n'est pas sans conséquence pour la population. En fait, si elle fait quelques gagnants, elle provoque indéniablement le recul du droit à la santé pour la majorité

⁹⁸ Sauf pour la population assurée par le régime public d'assurance-médicaments qui devra assumer les coûts de tout dépassement.

des citoyennes et des citoyens du Québec. Cette section de notre mémoire vise à lever le voile sur leur situation.

■ Les personnes âgées doivent cesser d'être les boucs émissaires

Au Québec, le ministère invoque régulièrement le spectre du vieillissement de la population et son impact sur l'explosion possible des coûts du système de santé. Pour faire une histoire courte, les prétentions gouvernementales sont à l'effet que les « vieux » sont la principale cause de l'engorgement des urgences, de la surconsommation de médicaments, de la surconsommation de services médicaux, etc. Les aînés (d'aujourd'hui et de demain) sont devenus la source de tous les maux. On en est presque à se demander si le gouvernement ne proposera pas bientôt l'euthanasie comme mesure ... d'équilibre budgétaire tant la situation est alarmante.

Et pourtant⁹⁹ :

- Selon Lee Sodestrom, professeur agrégé au département de sciences économiques de l'Université McGill, 80 % de l'augmentation des coûts de la santé provient de l'augmentation de la consommation de services par habitant, tous âges confondus »¹⁰⁰.
- « Entre 1982 et 1992, le vieillissement de la population n'a compté que pour 0,5 % de l'augmentation des dépenses en services médicaux (...) Selon les tous derniers chiffres du ministre de la Santé, les changements démographiques qui bouleversent la pyramide des âges n'expliquent que 1,5 % de la croissance annuelle des coûts de la santé »¹⁰¹.

⁹⁹ Cette partie du texte est grandement inspirée du Devoir, Les vrais et faux problèmes du système de santé : Le vieillissement monté en épingle, 29 avril 2000.

¹⁰⁰ Idem

¹⁰¹ Idem

- ❑ Pour Madeleine Rochon, démographe au ministère de la santé, ce n'est pas avant 15 ans, lorsque les baby-boomers arriveront à l'âge doré de la retraite que le vieillissement fera peser un poids important sur le financement de la santé. Et encore, ce poids découlera davantage de la perte de revenus fiscaux occasionnée par la retraite d'une masse importante de travailleurs que des coûts additionnels en services de santé liés à cette imposante cohorte de « nouveau » vieux »¹⁰².
- ❑ Même l'OCDE délaisse le ton alarmiste des dernières années. « Ce sont davantage les services d'hébergement pour personnes âgées, moins coûteux que les services médicaux qui seront sollicités au cours des prochaines décennies, affirme l'OCDE. Et même si les dépenses liées à l'hébergement devaient exploser de 50 % d'ici 20 à 30 ans, le fardeau supplémentaire pour les finances publiques ne serait que de 1% du PIB, évalue l'organisme ».
- ❑ Bref, au Québec, les changements démographiques ne gonfleront que de 1 % les coûts des services médicaux mais majoreront de 3 % les dépenses d'hébergement.

Pourquoi alors crier au loup ? Lee Soderstrom répond à cette question. « C'est toujours utile de se centrer sur un argument populiste pour faire avaler des constats difficiles comme les compressions budgétaires ». Pour Claude E. Forget, ex-ministre de la santé « Le vrai problème, c'est le sous-financement et le gouffre qui existe déjà entre les ressources et les besoins. En se préoccupant d'un facteur futur, le gouvernement se donne l'air d'être très lucide et reporte un problème qui dure depuis longtemps ».

■ Le virage ambulatoire : une menace pour la santé des femmes

¹⁰² Ibidem.

Les travailleuses des groupes communautaires qu'on a conscrit dans la lutte contre le déficit parlent de plus en plus d'épuisement professionnel¹⁰⁶.

Les travailleuses du réseau public vivent une surcharge de travail permanente et une précarisation accrue de leur propre santé¹⁰⁷.

Bref, aucune n'est sortie complètement indemne de cette opération d'assainissement des finances publiques. La situation est telle qu'il faut maintenant se demander si le virage ambulatoire, le virage milieu et la désinstitutionnalisation ne sont pas devenus, en quelques années à peine, le principal problème de santé publique au Québec.

■ Faire sauter la baraque des assurances privées complémentaires

Les dépenses privées de santé représentaient en 1977, 17 % des dépenses totales de santé. En 1997, elles avaient presque doublé pour atteindre 32,6 %¹⁰⁸. En pourcentage, c'est effrayant mais cela l'est encore davantage lorsqu'on les traduit en dollars sonnants et trébuchants (jamais cette expression n'aura été aussi juste).

¹⁰⁶ RIOCM, Leur équilibre, notre déséquilibre (1998) et ROC-03, Les groupes communautaires en ont plein le dos (1997).

¹⁰⁷ Une enquête de l'ASSTAS dévoilée lors du colloque de l'Association des hôpitaux du Québec révèle qu'il y a eu en cinq ans un recul de 10 % du nombre d'employés-es dont la santé est bonne ou excellente.

¹⁰⁸ Coalition Solidarité Santé, Guide électoral 1998 sur l'avenir du système de santé et de services sociaux, octobre 1998.

En fait, aujourd'hui, « les dépenses privées représentent aujourd'hui 835,00 \$ par année et par habitant alors que 52 % des contribuables québécois vivent avec moins de 20 000,00 \$ par année »¹⁰⁹.

Pour se protéger des risques de la maladie ou d'une situation de détresse sociale, ceux qui le peuvent, c'est-à-dire une grande proportion des travailleuses et des travailleurs syndiqués, parent le coup en incluant d'avantages d'items dans la couverture de leur assurance complémentaire privée. Mais combien de temps pourront-ils tenir la situation en main avec une croissance des dépenses privées de plus en plus rapide? Arriverons-nous à un point où il deviendra impossible de s'assurer adéquatement pour un prix convenable? Les employeurs, généralement plus enclins à réduire les bénéfices marginaux qu'à les développer, accepteront-ils sans fin d'assumer le coût de dépenses d'assurances privées toujours plus onéreuses?

Par ailleurs, qu'arrivera-t-il à celles et à ceux qui, à cause de leur précarité d'emploi, ne pourront s'offrir un tel luxe? Reviendrons-nous à cette sombre période où la maladie était la première cause d'endettement des familles québécoises au grand plaisir des institutions financières qui ont les coffres pleins d'argent à prêter et des profits record à encaisser?

Notre but n'est pas de jouer aux oiseaux de malheur mais bien d'exposer qu'il y a un point de rupture que nous sommes sur le point d'atteindre. À preuve, les discussions récentes des travailleuses et des travailleurs

entourant le renouvellement des assurances complémentaires indiquent que ce point est devenu un enjeu majeur non seulement dans le cadre des conditions de travail mais surtout des

¹⁰⁹ Coalition Solidarité Santé, Notre diagnostic : un système malade de ses compressions, juin 2000.

conditions de vie des travailleuses et des travailleurs. C'est là une indication indéniable de l'ampleur de la dérive sociale qui nous menace tous.

TOUT LE MONDE Y PERDRA AU CHANGE

Quand on énumère de façon même sommaire ceux et celles qui perdront au change du recul du droit à la santé, la liste est quasi sans fin. Il y a les femmes, les personnes âgées, les travailleuses et les travailleurs syndiqués ou non, les travailleuses et les travailleurs des services publics, les personnes assistées sociales, celles qui ont de faible revenu, celles atteintes de maladies chroniques, celles en perte d'autonomie, les personnes handicapées intellectuellement ou physiquement, les jeunes en difficultés, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc. Bref, la très grande majorité de la population québécoise et montréalaise.

En fait, il aurait probablement été plus rapide de nommer ceux qui y gagneront quelques choses : les gens d'affaires qui ont décidé qu'il n'était en rien indécent de faire rimer à nouveau maladie avec profits.

DÈS REVENDICATIONS QUI S'IMPOSENT

Nous ne pouvons penser se sortir du « gouffre sans fond » que provoque la marchandisation de la santé et des services sociaux sans revenir aux fondements même à l'origine de ce système. Le Québec dispose largement des ressources financières nécessaires au rétablissement du droit à la santé. C'est pourquoi, le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN), à l'instar de la Coalition Solidarité Santé réaffirme les revendications suivantes :

■ Un droit incontournable : la santé

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) fait sien le principe du droit à la santé tel que défini par l'Organisation Mondiale de la santé :

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

■ Une définition de la santé qui s'impose

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) fait aussi sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ».

■ Une vision sociale de la santé à réaffirmer

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réaffirme que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, environnement) et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie.

■ Des principes à maintenir et à garantir

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) affirme son adhésion pleine et entière aux principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux : le caractère public, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et la gratuité (sans contribution directe des usagères et des usagers).

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) exhorte le gouvernement québécois à intégrer ces principes fondamentaux dans la Loi québécoise de la Santé et des Services sociaux.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réaffirme la nécessité que les soins de santé et les services sociaux soient disponibles pour toutes les Québécoises et tous les Québécois et ce, sans discrimination aucune afin de garantir l'égalité et le droit à la santé.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réaffirme la nécessité de maintenir et d'élargir les espaces démocratiques qui permettent aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix dans la gestion et les orientations quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) s'oppose vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux et exige que celui-ci assume pleinement ses responsabilités dans la prestation de services publics.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réaffirme qu'un système intégralement public, géré et financé publiquement, est la seule garantie que les Québécoises et les Québécois aient un système équitable et efficient.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) s'oppose à toute orientation gouvernementale qui atrophierait le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

■ Un refus sans équivoque de la privatisation

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) s'oppose à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive du système québécois de santé et à toute mesure qui aurait pour effet d'instaurer un système à deux vitesses.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) s'oppose à toute contribution financière pour des services qui devraient être publics et réclame que cesse immédiatement toute facturation de produits et services médicaux relative aux diagnostics, aux soins et aux traitements dans les cabinets de médecins et dans les établissements de santé.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame que toutes les personnes, dont l'état de santé nécessite un hébergement temporaire ou permanent, aient accès à des ressources publiques leur garantissant la qualité des soins et ce, en quantité suffisante.

■ Une couverture publique à développer

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame que tous les services sociaux et de santé contribuant à la santé et au bien-être de la population québécoise soient inclus dans la couverture publique y compris ceux répondant à de nouveaux besoins de la population.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame que les services et les soins nécessaires au maintien à domicile des personnes dont l'état de santé et de bien-être les requiert soient garantis par la couverture publique.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame l'adoption par le gouvernement québécois d'une véritable politique du médicament laquelle comprendrait notamment un régime public et universel d'assurance-médicaments.

■ Une pratique médicale à repenser

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) constate que le paiement à l'acte génère plus d'effets pervers que d'avantages pour la population québécoise et exige une révision du mode de rémunération des médecins qui corresponde aux besoins de la population.

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame que soit favorisée une approche multidisciplinaire dans la gestion, la planification, l'organisation, et la prestation des services et des soins qui inclut tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins .

■ Une réalité à reconnaître : la spécificité des femmes

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services de santé et des services sociaux en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la transformation du réseau de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

■ Un réinvestissement urgent : le financement du système

Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) réclame d'urgence un réinvestissement tant fédéral que provincial dans le système de santé québécois afin de réaliser la consolidation financière des services publics et leur développement; elle appuie avec le même sentiment d'urgence les revendications des organismes communautaires autonomes pour la consolidation de leur financement.

CONCLUSION

Nous avons démontré, dans le présent document, que la marchandisation de la santé n'est pas un choix économique mais bel et bien un choix idéologique que le gouvernement québécois n'a pas eu le courage de mettre honnêtement sur la table. Nous le déplorons.

Notre mémoire est en soi un geste de protestation parce que nous sommes convaincus que depuis 1995, en matière de santé et de services sociaux, le gouvernement ne travaille pas pour l'assainissement des finances publiques mais contre le bien public et les intérêts supérieurs de la population québécoise et montréalaise. Madame la ministre, la population mérite mieux que ça!

Le gouvernement a déjà abusé de la bonne foi des travailleuses et des travailleurs mais nous l'informons aujourd'hui que ce temps est dorénavant révolu. C'est pourquoi, nous profitons des présentes consultations pour signifier à la ministre de la Santé et des Services sociaux, et au gouvernement dont elle fait partie, que le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) refuse de manger de ce pain-là en proposant des aménagements qui nous rendront complices, à terme, du recul du droit à la santé et de la marchandisation des services.

Enfin, nous tenons à rappeler aux membres du gouvernement, ne leur en déplaise que :

**La santé, c'est un droit
Comme peuple, nous avons déjà fait ce choix.**

ANNEXE 1

Repères historiques du système de santé et de services sociaux au Québec

1947 : Le premier régime d'assurance-hospitalisation public et universel est créé en Saskatchewan.

1948 : La Déclaration universelle des droits de l'homme est adoptée par les Nations Unies. L'article 25 est des plus éloquents en ce qui concerne le présent document.

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

1958 : Le gouvernement canadien, s'inspirant de l'exemple de la Saskatchewan, adopte le programme national d'assurance-hospitalisation. Il s'agit d'un programme à frais partagés entre le fédéral et les provinces.

1961 : Le Québec adopte le programme d'assurance-hospitalisation.

1966 : L'assurance-hospitalisation est élargie aux services d'urgence, à la physiothérapie, etc. Les personnes assistées sociales obtiennent la gratuité des soins médicaux.

- 1966 : Le gouvernement fédéral adopte un nouveau programme à frais partagés : le régime universel d'assurance-maladie.
- 1970 : La Commission Castonguay termine ses travaux et le Québec procède à l'adoption de l'assurance-maladie. Rappelons que la Commission recommandait un système de santé public, gratuit, accessible et universel et des orientations majeures pour orienter l'action sur les déterminants de la santé¹¹⁰.
- 1971 : L'Assemblée nationale adopte la Loi sur les services de santé et des services sociaux. C'est la mise en place d'un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens.
- 1970 et suivantes : Poursuite de la mise en place progressive du système de santé et des services sociaux par la création des CLSC, des départements de santé communautaire, des centres des services sociaux et de la carte d'assurance-maladie.

L'assurance-maladie s'élargit à divers programmes :

- 1970 : examens optométriques
- 1974 : soins dentaires aux enfants
- 1975 : programme de remboursement des prothèses
- 1977 : gratuité des médicaments pour les personnes âgées

¹¹⁰ Regroupement des organismes communautaires de la région 03, *Le pelletage des établissements publics, les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos*, décembre 1997, p.5.

- 1982 : Le gouvernement québécois désassure les soins dentaires pour les enfants de 13 à 15 ans.
- 1984 : La Chambre des Communes adopte la Loi canadienne de la santé. Elle établit alors les principes de base que doivent respecter les régimes provinciaux d'assurance-maladie afin d'être admissibles au financement du gouvernement fédéral via le Régime d'assistance publique du Canada. Ces principes sont : l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.
- 1985 : C'est la création de la Commission Rochon, commission présidée par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon.
- 1988 : La Commission Rochon publie son rapport.

Nous ne pouvons nous empêcher de reproduire ici quatre extraits particulièrement significatifs de ce rapport¹¹¹ :

Nous avons raison d'être fiers de notre système de services de santé et de services sociaux. Néanmoins, si les tensions actuelles perdurent, elles risquent de le faire éclater et de nous faire perdre rapidement ce que nous avons mis près de 20 ans à construire. (p.683)

(...) la Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social. (p.685)

¹¹¹ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport Rochon, *Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé. (...) L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort. (p.697)

Au cours des quinze dernières années, l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé a été bien maîtrisée. Les caractéristiques même du financement de ces services, à savoir un financement public dominant et basé sur les revenus fiscaux, auront grandement contribué à cette performance. Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique, soit un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution socio-démographique du Québec. (p.696)

1990 : Le ministre Marc-Yvan Côté publie son document : Une réforme axée sur le citoyen.

1992 : Le gouvernement désassure les soins dentaires pour les enfants de 10 à 13 ans et les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans. Dans la même foulée, il introduit le ticket modérateur pour les médicaments des personnes âgées.

C'est aussi en 1992 qu'est adoptée la nouvelle Politique de santé et de bien-être du gouvernement québécois. Politique dans laquelle on peut lire :

Les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les facteurs qui relèvent des conditions de vie, n'ont pas reçu la même attention. De plus en plus, on met en évidence les liens que les multiples facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé. (...) Ces facteurs apparaissent désormais prépondérants.

1993 : La nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux est adoptée, le premier septembre, par l'Assemblée nationale du Québec.

Le gouvernement désassure les examens optométriques pour les personnes de 41 à 64 ans.

En fait, alors que les gouvernements qui se succèdent à Québec adoptent de grandes politiques, ils imposent, année après année, dès 1982, des compressions au réseau de la santé et des services sociaux qui ont pour effet de diminuer l'accès aux services des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleurs sociaux, par exemple. Avec l'allongement de la liste d'attente, les usagères et les usagers sont de plus en plus contraints à se doter d'assurances privées, à payer des laboratoires privés pour des analyses prescrites par leur médecin.

1994 : Année électorale au Québec. Le Parti québécois promet, s'il est élu, d'abolir le ticket modérateur imposé aux aînés du Québec. Il est élu et le ticket modérateur demeure.

1995 : Lors de l'ouverture de l'Assemblée nationale en septembre 1995, le gouvernement s'engage à construire une société solidaire et, pour ce faire, à procéder à une réforme de la fiscalité¹¹².

C'est le grand remue-ménage qui s'amorce dans la santé. Des compressions de plus d'un milliard \$ sont imposées au réseau entre 1995-1998. On entre de plain-pied dans les virages : virage ambulatoire, virage milieu et désinstitutionnalisation en santé mentale et en déficience physique ou intellectuelle.

¹¹²Regroupements provinciaux d'organismes communautaire et Tables régionales d'organismes communautaires. *Du virage ambulatoire au virage social*, septembre 1991, p 12.

1996 : Le premier août, entre en vigueur un nouveau régime d'assurance-médicaments¹¹³ pour les personnes âgées et les personnes assistées sociales qui doivent, dorénavant, contribuer financièrement pour obtenir leurs médicaments.

Le Sommet sur l'économie et l'emploi a lieu. Le déficit zéro devient le principal objectif gouvernemental.

1997 : Le nouveau régime d'assurance-médicaments s'applique à toutes les personnes vivant au Québec. L'entrée en vigueur de la loi 33 sonne le glas de la circulaire *Malade sur pied*, programme qui permet aux personnes atteintes de certaines maladies chroniques d'avoir accès gratuitement aux thérapies médicamenteuses par le truchement des hôpitaux québécois.

Un programme favorisant le départ à la retraite des employés-es du réseau public est mis sur pied. Trente-cinq mille personnes s'en prévalent dont la moitié dans le seul secteur de la santé.

1998 : Malgré les engagements formels du ministre Rochon, d'octobre 1997, de mettre fin aux compressions dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces dernières continuent. 158 millions \$ en 1998-1999 au Québec.

Le système de services sociaux et de santé sera-t-il compromis en moins de temps qu'il n'en a fallu au gouvernement du Québec pour l'instaurer, à l'instar de la Saskatchewan ?

¹¹³ Assemblée nationale. Projet de loi 33, *Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, Sanctionnée le 20 juin 1996, Éditeur officiel du Québec, 1996.

Notes complémentaires

**Notes complémentaires sur le guide d'animation de la
Commission sur les services de santé et les services sociaux**

- | | |
|--|------|
| 1- Une vision partielle et orientée des enjeux
qui confrontent les services
de santé et les services sociaux | - 2 |
| 2- L'espérance de vie stagne au Québec | - 4 |
| 3- Malgré les écarts dans l'espérance de vie,
les plus pauvres n'ont pas un accès
équitable aux soins de santé | - 5 |
| 4- Portrait de la dévastation | - 7 |
| 5- La croissance des dépenses de santé :
les omissions et le faux cul-de-sac
de la Commission Clair | - 11 |
| 6- Pour maîtriser les dépenses : s'attaquer
aux coûts des médicaments en priorité | - 13 |
| 7- Il faut cesser de s'en prendre aux
travailleuses et travailleurs du réseau | - 17 |
| 8- <i>Nouveaux appels pour un régime public</i>
Les États-Unis et la « biopsie du portefeuille » | - 22 |
| 9- Le pouvoir médical freine le développement
d'un meilleur système de santé et de services sociaux | - 25 |
| 10- Pour développer le Québec
il faut investir dans la santé | - 27 |

**Notes complémentaires sur le guide d'animation de la Commission
sur les services de santé et les services sociaux**

Une vision partielle et orientée des enjeux qui confrontent les services de santé et les services sociaux

La Commission Clair nous présente une vision partielle et orientée des enjeux qui confrontent le réseau. Les questions soumises dans son guide d'animation relèvent d'une analyse douteuse visant manifestement à tenter de se trouver des appuis à sa vision prédéterminée de la direction que doivent prendre nos services de santé et de services sociaux.

La base du raisonnement de la commission est le suivant :

(Les) coûts des services (connaissent) une croissance annuelle tendancielle annuelle de 3 à 3,5 % alors que la croissance de la richesse collective, la capacité de payer du gouvernement, est plutôt de 2 % en moyenne. Si on regarde l'avenir, cela signifiera, en 2010, un écart cumulatif et récurrent de 2,2 à 3,3 milliards de dollars, soit une impasse annuelle moyenne d'environ 300 millions de dollars. Cela équivaut au budget de trois au quatre hôpitaux importants ou près du tiers du budget de tous les CLSC, à chaque année. Cet écart pourrait être aggravé... (Guide d'animation, page 8).

À la fois sur les enjeux démographiques et économiques, la commission se compromet dans une spéculation hasardeuse et contestable pour justifier ses scénarios qui sont autant d'attaques contre les principes de gestion publique, d'universalité et d'accessibilité auxquels tient la population du Québec.

On peut reprocher à la Commission Clair :

- De ne pas mettre le doigt sur le fait que le gouvernement du Québec a provoqué la crise du système : 1- en se mettant au dernier rang des provinces pour le financement par habitant des services de santé ; 2- en diminuant les dépenses de santé plus rapidement que les autres provinces ; 3- en faisant une saignée

catastrophique parmi le personnel du réseau, dont l'effectif est passé, entre 1993 et 1997, de 241 445 à 216 312, soit une perte de 25 133 emplois.

- D'orienter les réflexions sur les services curatifs de santé, en évitant de soulever les carences du réseau dans les services de prévention, le maintien à domicile, les services sociaux, les soins de longue durée, les services de réadaptation et les services de santé mentale.
- D'éluder les problèmes de santé créés par les compressions : stagnation de l'espérance de vie, exploitation des aidantes, dégradation de l'état de santé et souffrances des malades victimes des diverses formes de rationnement, épuisement du personnel du réseau...
- De présumer qu'il y a de sérieux problèmes de structures dans le réseau (oui, on peut améliorer les collaborations inter établissements, mais ça ne veut pas dire que les bases du système ne sont pas saines et que le réseau n'est pas efficient). S'il y a des engrenages défaillants ce sont les services médicaux et la croissance du coût des médicaments. Résoudre ces problèmes est affaire de détermination politique, puisque que l'on connaît la solution depuis 30 ans.
- De considérer implicitement que les dépenses de santé sont des dépenses à fonds perdu alors que des études (OMS, 1999, revue Science, février 2000, Bloom et Canning) démontrent qu'elles contribuent au développement et économique d'un pays (Healthy nations more likely to become wealthy).
- De considérer qu'il y a un plafond implicite de 9 ou 10 pour cent du PIB consacré à la santé, alors que les USA sont déjà à 14 pour cent et se dirigent vers 17 pour cent d'ici sept ans et que certaines projections l'élèvent à 25 pour cent d'ici 20 ans (ce scénario qui ne crée pas d'appréhension chez les économistes puisque même à ce rythme les autres secteurs de l'économie seraient en croissance). Source : Morris, C., Atlantic Monthly, décembre 1999.
- De faire du gouvernement fédéral le bouc émissaire des problèmes de financement du réseau. Sans contredit la réduction des paiements de transferts a fait très mal, (mais on doit rappeler que Bernard Landry et Lucien Bouchard approuvaient la politique de réduction du déficit du fédéral). Des Québécois réputés ont participé aux travaux du Forum national sur la santé et ont conclu qu'il fallait étendre la couverture universelle des services publics de santé aux services à domicile et aux médicaments. Qu'est-ce qui empêcherait le Québec

dans le cadre de sa juridiction d'établir des programmes accessibles et gratuits de services à domicile et d'assurer la couverture des médicaments par le régime public et ainsi d'exiger du fédéral le financement requis puisque le fédéral dispose de la capacité budgétaire de soutenir ces programmes ?

- De faire renaître la chimère des OSIS (financement par capitation attribué à des collectifs de médecins), plutôt que de consacrer le rôle des CLSC comme porte d'entrée du système et comme lieu privilégié de pratique pour les médecins généralistes.
- De continuer de s'en prendre au syndicalisme dans le réseau, l'accusant implicitement de nuire à la bonne gestion des établissements, alors que les conventions nationales n'ont pas empêché les gestionnaires de procéder à des fermetures d'établissements, à innombrables changements de vocation, à réduire de près de 25 pour cent les effectifs dans les services de soutien.

2- L'espérance de vie stagne au Québec

Le plus important indicateur de santé d'une population, c'est l'espérance de vie à la naissance. Des chiffres récents montrent un portrait désolant pour le Québec. La présence de la pauvreté chez nos aînés et la dégradation de notre système de soins de santé sont très certainement liées à une réalité troublante et humiliante pour le Québec.

Au contraire des tendances observées ailleurs en Amérique du Nord et dans l'ensemble des pays membres de l'OCDE, le Québec se distingue par une stagnation de l'espérance de vie à la naissance. Il est préoccupant de constater que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, l'espérance de vie chez les hommes est restée stable entre 1992 et 1997 et qu'elle a régressé de la moitié d'une année chez les femmes durant la même période, soit de 20,4 années à 19,9 années.

Dans la majorité des pays membres de l'OCDE on a observé entre 1992 et 1997 une augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui varie d'une demi-année à parfois plus d'une année.

Le Québec se distingue de ce groupe en enregistrant une stagnation dans l'évolution de l'espérance de vie des femmes. Les Québécoises avaient une espérance de vie de 81,3 années en 1992 et cinq ans plus tard en 1997 elle se retrouve à 81,2 années. Comme dans les autres pays, l'espérance des hommes au

Québec s'améliore, s'approchant progressivement de celle des femmes. En 1992, l'espérance de vie des hommes au Québec était de 74,2 années et elle est passée à 74,9 années en 1997.

Les progrès exceptionnels que le Québec a connus durant les années 1980 ne se sont pas reproduits durant les années 1990. Ainsi, entre 1985 et 1990, les femmes ont progressé d'une année complète dans leur espérance de vie tandis que les hommes la voyaient augmenter de 1,3 année.

Comparaisons canadiennes

Entre 1996 et 1997, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 0,2 année au Canada. Seuls Québec et Terre-Neuve, durant la période, ont connu une baisse de l'espérance de vie. Elle a en effet diminué de 0,1 année au Québec.

Parmi les provinces canadiennes, le Québec est au huitième rang pour son espérance de vie, ne dépassant que Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse.

Source : Statistique Canada

Espérance de vie des femmes à 65 ans au Québec

1992	20,4 années
1997	19,9 années

Espérance de vie des hommes à 65 ans au Québec

1992	15,5 années
1997	15,5 années

Source : *Surveillance de la mortalité au Québec*, MSSS1999.

3- Malgré les écarts dans l'espérance de vie, les plus pauvres n'ont pas un accès équitable aux soins de santé

Reflétant les écarts socioéconomiques et sanitaires, l'espérance de vie à la naissance de populations de territoires différents montre des écarts marqués. Sur un territoire de CLSC de Montréal, l'espérance de vie à la naissance était de 70,7 ans

en 1997, tandis que sur un autre territoire de CLSC de l'île, l'espérance de vie était de 81,4 ans, soit un écart de 10,7 ans.

Selon l'Enquête Santé-Québec de 1992-1993, les personnes très pauvres (le plus faible quintile de revenu) estiment dans une proportion de 22,5 % être dans un état de santé moyen ou mauvais. De leur côté, les personnes appartenant au quintile supérieur de revenu ont la même perception dans la proportion de 6 %.

Si l'on compare le recours aux services professionnels de médecins, psychologues, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et autres, l'Enquête Santé-Québec révèle que 27,5 % des personnes très pauvres ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux au cours des deux semaines précédant l'enquête, comparativement à 25,2 % pour les personnes du quintile supérieur.

Malgré un indice de mauvaise santé qui est près de quatre fois plus grand chez les personnes pauvres que chez les personnes riches, le recours aux professionnels de la santé est pratiquement identique selon Santé-Québec.

Depuis la première Enquête Santé-Québec et la publication de la Politique de la santé et du bien-être par le gouvernement du Québec en 1992, le système de santé et de services sociaux devait résolument s'attaquer aux écarts de santé qui existent parmi la population. En 1989, la ministre Thérèse Lavoie-Roux, proposait de faire de l'équité une valeur fondamentale du système.

Bref, il ressort que des écarts de santé existent toujours entre certaines couches de la population; ce sont, plus fréquemment, les plus pauvres et les moins scolarisés qui sont les plus touchés. Ces écarts, comme on nous l'a signalé très souvent au cours de la tournée régionale, existent aussi en ce qui a trait à l'accessibilité des services et à la disponibilité des ressources entre les régions et les sous-régions du Québec.

«Des leçons peuvent être tirées de ces écarts. Il nous faut, de toute urgence, se fixer un objectif d'équité tant au plan de la santé et du bien-être qu'au plan des ressources socio-sanitaires. Cette équité m'apparaît à ce point importante qu'elle devrait devenir une autre pierre angulaire, fort précieuse, de notre système de santé et de services sociaux si nous voulons affronter avec sérénité le XXI^e siècle. Bref, on a parlé d'un système reposant sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité ; il nous faudra ajouter, et de toute urgence, celui de l'équité.

Thérèse Lavoie-Roux,

En 2000, on peut constater que non seulement les écarts persistent, mais que les compressions budgétaires ont frappé davantage les personnes à plus faible revenu.

4- Portrait de la dévastation

- Entre 1994 et 1998, les compressions ont entraîné **la perte de 20 757 postes** dans le réseau public de la santé et des services, soit près d'un poste sur 11. On comptait en 1993-1994, 227 191 employés syndiqués. Leur nombre est passé à 206 434 en 1997-1998.
- Le nombre de lits dressés en centres hospitaliers est passé de 23 012 en 1994 à 16 389 en 1998, **une perte de 6623 lits**, représentant 28,7 % du total.
- Le nombre de places d'hébergement en soins de longue durée est passé de 46 665 en 1994 à 42 336 en 1998, soit **une perte de 3889 places**, représentant 8,4 % du total.
- Le nombre d'usagers traités en centres hospitaliers est passé de 824 108 en 1994 à 673 502 en 1998, soit **une diminution de 150 606 usagers**, représentant 18,3 %.

Les femmes ont payé le prix du virage ambulatoire

La recherche qu'a effectuée le Conseil du statut de la femme, comme bien d'autres organismes, confirme dans l'équivoque que les femmes, aidantes, usagères et travailleuses, subissent massivement et distinctement les effets négatifs du virage ambulatoire.

Bien qu'il appuie la philosophie qui sous-tend, celle de rapprocher les soins des milieux de vie et de favoriser l'autonomie des personnes, le Conseil demeure, à l'instar des femmes et des groupes de femmes en général très critique à l'égard de l'actualisation du virage.

Par conséquent, le Conseil estime qu'il faut alerter le gouvernement du Québec pour qu'il apporte les changements qui s'imposent de sorte que le virage ambulatoire se réalise sans que les femmes continuent d'en payer le prix.

Par ailleurs, on ne peut laisser dans l'ombre les facettes des multiples problèmes liés au financement des services de santé. Il importe en effet de savoir si le système est suffisamment financé et le demeurera pour conserver le caractère public et universel qui lui est propre et qui permet autant aux personnes riches qu'à celles moins bien nanties d'avoir accès à des soins et à des services de qualité.

Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse que ses politiques et ses programmes ne sont pas neutres et qu'il examine plus attentivement les effets qu'ils ont sur les femmes, particulièrement en ce qui a trait aux actions touchant le virage ambulatoire."

Conseil du statut de la femme, juin 2000

Ce qui se passe dans les CHSLD est inacceptable dans une société qui se respecte

Dans un mémoire qu'elle a fait parvenir récemment à la Commission des droits de la personne, la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN a dénoncé la situation dans laquelle se trouvent les personnes hébergées en CHSLD.

« Les souffrances et les atteintes à la dignité des personnes victimes du rationnement de services fondamentaux et nécessaires à leur bien-être doivent être qualifiées sans hésitation d'agression et de violence institutionnalisée de la part du pouvoir étatique. L'État québécois n'a jamais été si mal en point financièrement qu'il devait recourir à des mesures aussi extrêmes à l'encontre de ses citoyens les plus vulnérables », lit-on dans le mémoire de la fédération.

Dans le rapport produit en mars dernier par le Bureau québécois de l'Année internationale des personnes âgées, on peut lire :

Malgré tous les efforts fournis par le personnel soignant et les administrateurs, la situation actuelle dans les CHSLD est inacceptable et une société qui se respecte, qui a moindrement de respect pour la dignité de ses membres les plus vulnérables, ne peut d'aucune façon tolérer ce qui se passe actuellement dans beaucoup de ces milieux. Peut-on parler de qualité de vie quand les besoins de base ne sont pas toujours assurés, quand on n'a pas les moyens pour répondre aux besoins d'une clientèle de plus en plus lourde, quand les routines de travail à la chaîne ont remplacé les services personnalisés, quand les employés sont fatigués et n'ont, comme seul moyen de survie, que de fermer les yeux ?

On voit que les appels à la raison et les dénonciations concernant cette situation malsaine et qui viennent de toutes parts, n'ont pas encore ébranlé le gouvernement québécois qui continue de rationner le financement des CHSLD comme on l'a vu au dernier budget.

Dans un contexte où les aînés sont à la recherche de services qui leur permettent de gérer leur santé davantage que de guérir leur maladie, les CLSC apparaissent l'endroit idéal pour recevoir les soins de base, pour avoir accès à des programmes de prévention, pour gérer la dispense de services à domicile. Malheureusement, les CLSC n'ont pas les budgets nécessaires pour réaliser leur mission....

Selon un mémoire de novembre 1999 de l'Association des CLSC et CHSLD, la moyenne des heures de soins requise des besoins des résidents des CHSLD était de 2,9 heures en 1991 et atteignait 3,5 heures en 1997, soit une augmentation de 16,4 %.

Dans la région de Montréal, deux résidents sur trois portaient des culottes d'incontinence alors que l'on sait que 13 % d'entre eux pourraient assurer leurs soins d'hygiène seuls, si une supervision était offerte et 15 % pourraient être continents s'ils bénéficiaient d'une aide plus fréquente pour aller à la toilette.

- trois résidents sur dix ont besoin d'une aide complète pour s'alimenter ;
- trois sur dix avaient des contentions physiques (il est sûr que le recours à la contention est aussi lié au manque de personnel) ;
- la fréquence de soins d'hygiène est déterminée par le personnel disponible et la règle semble s'établir à un bain ou à une douche par semaine (76 % des cas à Montréal).

Du point de vue des ressources humaines qui sont allouées pour répondre aux besoins des résidents, on constate qu'en réponse à l'accroissement des besoins de 16,4 %, l'augmentation des heures travaillées a été de 4,3 % entre 1991 et 1997.

Autrement dit, le taux de réponse a chuté de 74,4 % à 68,3 %.

Et, en ce qui concerne les besoins de réadaptation, de nutrition, d'alimentation, de pharmacie, d'intervention sociale et de loisirs, les établissements et les régies

régionales conviennent que ces services sont actuellement insuffisants pour répondre aux besoins des personnes hébergées...

Besoins budgétaires

Dans son mémoire, l'Association des CLSC et CHSLD a fait la démonstration de la nécessité d'ajouter 357 millions au budget des CHSLD qui est de 1 milliard 90 millions.

Cet ajout serait nécessaire pour répondre à 100 pour cent des besoins infirmiers et d'assistance tout en assurant un niveau de réponse acceptable, en services de réadaptation, de nutrition, de pharmacie, de loisirs...

La réponse du dernier budget québécois de mars 2000

Un montant de 58 millions sera consacré aux soins à domicile et à l'hébergement des personnes âgées. Le relèvement nécessaire des budgets des CHSLD, qui ne fournissent que 68 pour cent des besoins de base des personnes hébergées est estimé à 357 millions.

Quant aux CLSC, ils ont fait la démonstration qu'il y a un grand nombre de personnes en perte d'autonomie qui ne bénéficient pas actuellement de services à domicile (plus de 40 000). De plus plusieurs autres en reçoivent mais de façon très insuffisante, parce que le manque de fonds impose un rationnement excessif des soins nécessaires. Pour répondre aux besoins et rejoindre la moyenne canadienne, les CLSC ont besoin de 253 millions.

Faisons le compte : les besoins des CHSLD 357 millions et les besoins des CLSC 253 millions totalisent 610 millions. Le budget Landry répond à moins de 10 % des attentes.

Les budgets combinés des CLSC et des CHSLD sont de 2,5 milliards. L'ajout représente à peine 2,3 pour cent de leurs ressources

5- La croissance des dépenses de santé : les omissions et le faux cul-de-sac de la Commission Clair

La Commission Clair affirme dans son Guide d'animation qu'il existe une croissance tendancielle annuelle de croissance des coûts de santé et de services sociaux de 3 à 3,5 % pour cent alors que « la croissance de la richesse collective, la capacité de payer du gouvernement, est plutôt de 2 % en moyenne ».

En utilisant cette affirmation comme une vérité alors qu'elle n'en est pas une la Commission biaise le débat et se fait le porte-parole de certains ténors du gouvernement et particulièrement du ministre des Finances Bernard Landry, grand protecteur des assureurs privés, des industriels de la santé et des grandes compagnies pharmaceutiques.

Que ce soit par la hausse des transferts fédéraux, par la croissance naturelle des revenus (habituellement sous-estimée par le ministre des Finances), par une fiscalité adéquate et équitable qui permettrait une hausse de ses revenus, l'État québécois a non seulement les moyens, mais l'obligation de relever son niveau de dépenses de santé et de services sociaux pour commencer à réparer les dommages qu'il a causés à notre réseau public. Sans compter qu'une meilleure administration du programme d'assurance-médicaments pourrait dégager des ressources pour les autres secteurs du réseau.

C'est à partir du mythe qu'elle a elle-même fabriqué, à savoir que le Québec n'a plus les moyens de soutenir son réseau public de santé et de services sociaux que la commission a élaboré ses huit scénarios de financement et ses huit scénarios d'organisation des services.

À la lecture des scénarios, il est évident que la Commission Clair ne voit d'autres issues qu'une présence accrue du secteur privé, la réduction des services assurés et l'imposition de tarifications.

Repères sur le financement des services de santé au Québec

- En 1992, le Québec consacrait 7,71 % de son Produit intérieur brut à ses dépenses publiques de santé. En 1999, cette proportion a chuté à 6,28 %.
- Le Québec est la province canadienne qui consacre le moins de dépense par habitant pour ses services publics de santé. En 1997, dernière année où l'on

dispose de chiffres définitifs, le Québec était au dernier rang des provinces avec des dépenses par habitant de 1526\$, alors que la moyenne canadienne s'élevait à 1667\$. Pour l'ensemble des dépenses publiques et privées, le Québec était aussi au dernier rang (voir tableau).

- Ce sont établissements publics que sont les hôpitaux, les centres d'hébergement de soins de longue durée, les centres de réadaptation et les CLSC qui ont absorbé les compressions imposées par le gouvernement du Québec, pendant que l'on assistait à la montée des dépenses pour la rémunération des médecins et les dépenses en médicaments.

Dépenses totales de santé par affectation de fonds au Québec			
	1993	1999	Changement
Hôpitaux et autres établissements	8 milliards 764	7 milliards 681	moins 14.2%
Médecins	2 milliards 166	2 milliards 361	plus 11.2%
Médicaments	2 milliards 178	3 milliards 008	plus 38.1%

Source : Banque de données sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé 1999.

Dépenses de santé par habitant du secteur public par province et au Canada en 1997	
Terre-Neuve	1852 \$
Île du Prince Édouard	1685 \$
Nouvelle-Écosse	1768 \$
Nouveau-Brunswick	1724 \$
Québec	1614 \$
Ontario	1817 \$
Manitoba	1975 \$
Saskatchewan	1972 \$
Alberta	1791 \$
Colombie-Britannique	1990 \$
Canada	1802 \$

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Dépenses privées et publiques par habitant au Québec			
	1993	1997	
Dépenses publiques	1736 \$	1614 \$	- 7 %
Dépenses privées	622 \$	683 \$	+ 10 %

Source : Institut canadien d'information sur la santé

6- Pour maîtriser les dépenses : s'attaquer aux coûts des médicaments en priorité

Les dépenses globales de médicaments au Québec atteindront 2 milliards 894 millions en 2000-2001. L'expérience récente indique que ces dépenses progressent au rythme de 15 pour cent par an. Pour l'année 2001, si on ne s'attaque pas à la croissance des coûts, ce sont dépenses additionnelles de près de 430 millions que devront assumer l'État québécois, les citoyens, par leurs frais d'assurance et le copaiement des médicaments ainsi que les employeurs par leur contribution aux assurances de leurs employés.

Des centaines de millions pour les médicaments

La commission passe totalement sous silence que le gouvernement québécois a montré une grande négligence à l'égard de la montée rapide des coûts des médicaments. La hausse annuelle moyenne de 15 pour cent impose au gouvernement une facture de plus en plus imposante qui la conduit à rationner les dépenses dans d'autres secteurs comme les services en santé mentale, les services à domicile, les services à la jeunesse...

Depuis de plusieurs années, de nombreux organismes ont réclamé la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments et d'une politique gouvernementale du médicament, deux moyens efficaces pour garantir un accès aux médicaments à tous les citoyens et d'en contrôler les coûts. Sur cette question, le gouvernement a manifestement été davantage à l'écoute des assureurs et de compagnies pharmaceutiques.

Les dépenses privées sont hors contrôle

Dans un article publié dans Le Soleil du samedi 16 septembre 2000, Robert Fortier, actuaire chez Mallette Maheu, mentionne que les salaires augmentent de 2 %, alors qu'on constate que le coût des médicaments grimpe quatre fois plus

vite et même jusqu'à 10-12 %. Les nouveaux médicaments sont plus chers précise M. Fortier, et le virage ambulatoire fait en sorte que les assureurs payent maintenant plus rapidement des médicaments qui étaient antérieurement administrés gratuitement à l'hôpital.

Un autre expert en avantages sociaux, Michel Paquet, actuaire et président du Groupe conseil CGAS à Québec, parle pour sa part d'une croissance moyenne des coûts des frais médicaux de 21,4 % depuis un an.

Autre phénomène souvent passé sous silence en assurance-soins, les frais pour une chambre d'hôpital privée ou semi-privée ont subi une hausse de 10 % en juin, et cela en supplément de l'indexation appliquée au premier janvier.

En assurance-salaire, deux facteurs dominent la progression des coûts : d'abord l'augmentation de la proportion des invalidités à caractère psychologique ; ensuite l'allongement des attentes qui annulent l'effet bénéfique de certaines nouvelles technologies de traitement.

Malgré une commission parlementaire sur l'assurance-médicaments en début d'année qui a démontré que la solution aux problèmes de contrôle des coûts, d'utilisation inefficace et de privations que l'on fait subir aux citoyens à faible revenu est la mise en place d'un régime public et universel d'assurance-médicaments, le gouvernement est resté inflexible.

Contre l'avis d'un large éventail d'organisations représentatives, il a maintenu le régime mixte privé et public, faisant les seuls gagnants de sa consultation les assureurs privés et les compagnies pharmaceutiques. À la suite des interventions du ministre des Finances, Bernard Landry, le gouvernement n'a même pas mis en application la proposition de la ministre Marois de rembourser les médicaments au plus bas prix disponible, comme c'est la pratique dans toutes les autres provinces canadiennes.

Le gouvernement n'a donc pas montré d'intention sérieuse de s'attaquer à la montée du coût des médicaments. Pour soulager la croissance de ses dépenses, le gouvernement a retenu la plus inéquitable des avenues soit le relèvement des contributions des personnes âgées et des adhérents au régime général. Pourtant, il n'ignore pas que parmi l'ensemble de la population ces deux groupes sont à plus faibles revenus.

Rien dans l'approche gouvernementale ne montre un souci pour la croissance des frais de médicaments que devront assumer les travailleurs et les entreprises qui

sont assujettis à des assureurs privés. On sait que pour la couverture des médicaments, la loi de 1997 a rendu captifs des assureurs privés les syndicats et les entreprises qui choisissent de se doter d'un programme d'assurance collective. L'effet de libre marché n'existe pas dans ce contexte, les assureurs ayant une clientèle à qui il est interdit de migrer au régime public. Dans le régime hybride québécois, les assureurs sont même favorisés par la croissance des coûts puisque, selon leur pratique, ils appliquent des frais d'administration constants en pourcentage des dépenses de leurs assurés.

En ne cherchant à agir que sur ses propres dépenses plutôt que sur la croissance globale des coûts de médicaments, le gouvernement choisit de laisser empirer le problème. Sa solution de facilité est de refiler aux citoyens et aux entreprises une facture, dont la croissance est exagérée et incontrôlée. C'est donc dire que ceux-ci disposeront de moins en moins de capacité fiscale pour soutenir la croissance des dépenses des établissements de santé et des services médicaux. Moins de capacité fiscale pour financer le réseau public entraîne le gouvernement à poursuivre ses politiques de rationnement et à ne plus être en situation de freiner la croissance d'un système à double vitesse. Tout se tient.

Seul l'État dispose de moyens appropriés pour juguler la croissance du coût des médicaments. Pour ce faire, il doit faire le choix de devenir le payeur unique et d'administrer un régime universel d'accès aux médicaments.

Entre autres, on peut estimer que les 175 millions qui couvrent les frais d'administration des 875 millions versés en primes aux assureurs pourraient être économisés dans une large mesure si la RAMQ est le seul assureur. Ses frais d'administration sont en effet de 2,5 pour cent par année, contre 20 pour cent pour les assureurs.

À titre de payeur unique, le gouvernement disposerait d'un levier exceptionnel pour négocier les prix de médicament auprès des manufacturiers.

En étant seul gestionnaire, l'État pourrait adopter diverses politiques efficaces pour réguler les pratiques de publicité et de marketing des compagnies pharmaceutiques. En disposant de données informatiques complètes, il pourrait établir un modèle de suivi des profils de pratique des médecins prescripteurs. Il pourrait introduire dans sa Politique du médicament, un mécanisme d'assistance et de formation auprès des médecins, inspiré du modèle éprouvé du pharmacien visiteur. Il pourrait aussi réformer le mode de rémunération des médecins pour favoriser une pratique efficiente au plan des coûts et produisant de meilleurs résultats au plan de la santé.

Le mieux c'est d'agir rapidement pour contrôler la hausse des coûts.

Tous les avis d'experts confirment que le moyen le plus efficace pour contrôler les coûts est la gestion entièrement publique des médicaments. Le Forum national sur la santé, qui a été au fédéral l'équivalent de la Commission Rochon et auquel ont été associés Marc Renaud et André-Pierre Contandriopoulos en est arrivé à la conclusion que pour la maîtrise des coûts et l'atteinte de l'équité les régimes provinciaux d'assurance devraient être publics et sans frais pour l'utilisateur.

Depuis plus de 30 ans, il y a un consensus constant en faveur d'un régime universel d'assurance médicaments

Que l'on remonte à la Commission Hall en 1964 et que l'on relise par la suite les conclusions de la Commission Castonguay-Nepveu en 1967, celles du Rapport Demers en 1994 et celles du Rapport Gagnon en 1995, on constate la persistance d'un consensus en faveur de l'intégration des produits et services pharmaceutiques à l'intérieur d'un régime complet et universel de soins de santé.

Plus récemment, le Forum national sur la santé a abondé dans le même sens :

Les médicaments de prescription sont, de toute évidence, aussi " médicalement nécessaires " que les services médicaux et hospitaliers, ce qui laisse à entendre que l'on devrait accorder autant d'importance à l'accès aux médicaments qu'à l'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

Forum national sur la santé, 1997

Le Forum en est arrivé à la conclusion suivante :

Pour améliorer l'accès adéquat aux médicaments, en réduire la consommation et freiner l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il faudrait que les Canadiens et Canadiennes aient accès aux médicaments de prescription médicalement nécessaires, sans franchise ni copaiement.

L'expérience d'autres pays nous apprend que le meilleur moyen de parvenir à cette fin est d'instituer un régime subventionné et régi par l'État.

Forum national sur la santé, 1997

Les profils de pratique

La mise en place d'un régime entièrement public de remboursement des médicaments prescrits fournirait une source d'information complète sur les profils de pratique des médecins et pharmaciens, puisque la gestion des données est présentement éclatée dans un système à multiples payeurs. Le système informatique de la RAMQ pourrait permettre d'accéder à un portrait complet des profils de pratique : par médecin, par pharmacien, par mode de rémunération, par région, par spécialité, par pathologie. Un grand éventail de possibilités d'intervention s'ouvrirait alors.

Régionaliser le budget de la RAMQ

Le rapport de la Commission Rochon a préconisé la répartition en enveloppes régionales du budget de la RAMQ. On peut ainsi imaginer qu'une région, qui montrerait à la fois de meilleurs indicateurs de santé et une gestion efficiente des médicaments prescrits, pourrait être autorisée à utiliser des fonds économisés pour financer ses services médicaux et ses établissements.

Une Politique du médicament ne peut se réaliser pleinement que dans un régime public

Le gouvernement a reçu mandat d'élaborer une Politique du médicament en 1997, mais il n'en est qu'à des esquisses très partielles au moment de la révision du régime d'assurance médicaments.

Une Politique du médicament, dont les objets seraient la maîtrise des coûts, l'accessibilité pour tous sans restriction financière, l'utilisation appropriée et efficiente des médicaments et l'atteinte des meilleurs résultats en matière de santé, ne peut être réalisée pleinement que dans le cadre d'un régime public et universel. Une première évidence saute aux yeux : en regard du prix payé aux manufacturiers, le gouvernement sera en mesure d'intervenir plus efficacement et de réaliser des économies s'il est le payeur unique.

7- Il faut cesser de s'en prendre aux travailleuses et travailleurs du réseau

Sur le plan de l'organisation du travail, notre système se caractérise par une aire d'autonomie extrêmement réduite au niveau local tant pour les dirigeants et cadres que pour les professionnels et salariés. Les conventions collectives et ententes professionnelles détaillées, négociées de façon centralisée et d'application générale, la réglementation imposante, les nombreuses procédures et normes ont engendré une lourdeur bureaucratique peu compatible avec la flexibilité requise par l'évolution du système et toutes les ressources humaines au service du client.

Commission Clair,
Guide d'animation
Août 2000

La Commission Clair fait des conventions collectives négociées dans le secteur de la santé et des services sociaux un obstacle au bon fonctionnement du réseau.

On ne voit pas de démonstration de ce qui est affirmé mais on saisit ce qui se cache derrière les propos de la commission, lorsqu'elle met de l'avant ses options pour la participation du secteur privé et du secteur communautaire à la prestation de services à domicile et d'hébergement et la sous-traitance à des entreprises pour des services comme les laboratoires, les buanderies et l'alimentation.

On ne peut que déduire que c'est la réduction des protections syndicales qui est recherchée avant tout. Ajoutons la perspective de modifications à l'article 45 du Code du travail, évoquée par la ministre du Travail, et nous pouvons constater que l'opération confiée à Michel Clair fait partie d'une stratégie gouvernementale pour donner de nouvelles marges de manœuvres aux administrateurs pour réduire l'emploi dans le secteur public et ouvrir la voie au secteur privé dans la prestation des services.

Les administrateurs du réseau n'ont pourtant pas manqué de droit de gérance :

- pour réduire le nombre d'établissements du réseau, qui est passé de 881 en 1992 à 548 en 1998 (INFO-SÉRHUM, MAI 1998)
- pour multiplier les emplois précaires (les postes à temps partiel et les postes sur appel totalisent près de 55 pour cent des emplois dans le réseau) ;
- pour faire disparaître plus de 18 000 emplois entre 1993 et 1999 ;
- pour modifier l'organisation des services et la mission de la majorité des établissements du réseau ;
- pour couper un emploi sur quatre dans les bureaux et 31 pour cent des emplois dans les secteurs buanderie, entretien et alimentation.

La commission Clair prend parti sans aucune nuance pour les positions avancées par les leaders patronaux du réseau qui voudraient inverser le modèle de négociation pratiqué jusqu'à maintenant. En effet, ces responsables patronaux visent de retirer aux parties locales le plancher national négocié aux trois ans pour lui substituer une négociation permanente éclatée par établissement et complètement désynchronisée de la négociation nationale.

Avec cette vision patronale, Elle nous retire le droit de négocier sur des pans entiers de la convention collective et impose à chaque syndicat d'améliorer les conditions de travail de ses membres sans mécanisme réel de règlement des désaccords et sans droit de grève.

Elle génère des coûts humains et financiers importants et n'apporte aucune solution, même à moyen terme, aux problèmes criants du réseau et de ses membres qui y travaillent quotidiennement.

Effets des compressions sur les travailleuses et travailleurs du réseau

Les équipes de soins n'ont pas été épargnées par les compressions. Les pertes chez le groupe des infirmières, des infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires ont totalisé 6886 postes entre 1995 et 1998. Illustrant le fait que le virage n'a bénéficié que de faibles ajouts de ressources, on observe que durant la même période, le nombre d'auxiliaires familiales n'a augmenté que de 380 postes, soit moins de trois auxiliaires par CLSC.

Le taux de précarité des emplois a atteint un nouveau sommet en 1998. Les postes à temps partiel et les postes sur appel totalisent près de 55 pour cent du total, alors que 13 ans auparavant, ils en représentaient 51,7 %. La précarité est particulièrement élevée chez les préposées aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires, atteignant 68,5 % du total des postes.

La rémunération moyenne dans le réseau en 1999 n'était que de 28 064 \$. Et l'on observe une perte de notre **pouvoir d'achat** de 5,9 % depuis 1991.

L'épuisement et le stress font des ravages dans nos rangs. Une étude réalisée par Léger et Léger a révélé qu'entre 1992 et 1997, le nombre d'employés du réseau qui s'estiment en très bonne santé a chuté de 10 % passant de 59,3 % à 48,1 %. Près de 72 % des employés croient que le stress au travail menace leur santé et 48 % éprouvent des craintes à l'égard des agressions de la clientèle.

Le gouvernement et les associations patronales ont admis que les conditions de travail sont devenues de plus en plus pénibles en raison des compressions subies au cours des dix dernières années. La ministre Pauline Marois a reconnu l'état de fatigue et l'essoufflement des hommes et des femmes qui travaillent dans le réseau. Quant à la présidente de l'AHQ, Mme Daigneault-Bourdeau, elle a déclaré que l'ensemble du personnel des établissements a besoin d'être reconnu pour les efforts

accomplis au cours des dernières années. Le Premier ministre Bouchard a admis que, sur la précarité, les syndicats ont une juste revendication. Malheureusement ces belles paroles n'ont aucune concordance avec les offres à la table de négociation, puisque l'approche patronale est toujours axée sur la recherche de flexibilité et l'augmentation des droits de gérance.

Effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux			
	<u>1993-1994</u>	<u>1998-1999</u>	<u>Diminution</u>
Médecins	14 230	14 112	118 (.01%)
Infirmières	53 339	52 547	792 (1,5%)
Infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires	61 581	55 798	6003 (9,7%)
Employées de bureau	27 790	21 083	6707 (24.1%)
Personnel de soutien	35 226	24 178	11048 (31,4%)
Cadres	14 254	9 593	4661 (32,7%)
Total syndiqués Syndiqués	227 191	213 289	13902 (3,3%)
Sources : Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux, MSSS, 1993 et 1999 et Rapport statistique RAMQ pour l'effectif médical			

Les équipes de soins ont été dévastées, particulièrement chez les préposées aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires dont l'emploi a reculé de 9,7%.

Les compressions ont dures pour certaines catégories d'employées, dont les employées de bureau qui ont subi une chute de 24,1 % et le personnel de soutien, dont l'effectif a diminué de 31,4 %. Les politiques de rationalisation ont touché le personnel cadre dans une proportion de 32,7 %.

La santé des travailleuses et travailleurs du réseau : un portrait inquiétant

Assurance-salaire

Les plus récentes statistiques du MSSS indiquent une forte progression de l'utilisation de l'assurance-salaire en pourcentage des heures travaillées

1993-1994	4,46%
1997-1998	4,57%
1998-1999	4,96%

Médicaments psychotropes

On remarque dans les tableaux fournis par SSQ sur le programme d'assurance-médicaments une progression de l'utilisation des médicaments psychotropes. Cette catégorie de médicaments, dans laquelle on retrouve majoritairement les antidépresseurs, représentaient 13,39 % des ordonnances remboursées durant la période se terminant le 30 septembre 1998 et 14,25 % durant la période prenant fin le 31 mars 2000.

Enquête dans les syndicats

Un questionnaire expédié en 1999 et auquel ont répondu 117 syndicats de la FSSS et dont les résultats ne sont pas encore publiés, indique que l'absentéisme relié à la santé psychologique est en hausse, comparativement à 12 mois auparavant. Cette augmentation de l'absentéisme est observée dans 79,3 % des syndicats lorsqu'il s'agit des femmes tandis qu'elle est en hausse dans 45 % des syndicats pour les hommes. Moins de 2 pour cent des syndicats ont observé une baisse de l'absentéisme reliée à la santé psychologique.

Le retour au travail dans le cas reliés à des problèmes psychologiques se fait difficilement ou relativement difficilement dans 68,3 % des syndicats.

Le degré d'inquiétude des travailleuses et travailleurs

Une étude réalisée auprès de membres de la CSN par des chercheurs de l'Université Laval en 1997 a démontré que c'est à la FSSS que les travailleuses et travailleurs sont particulièrement inquiets pour leur sécurité, dans le secteur de la santé et des services sociaux. Seulement 17 % des membres de la FSSS n'éprouvent aucune crainte face à leur travail, comparativement à 71 % dans le papier et forêt.

8- Nouveaux appels pour un régime public

Les États-Unis et la « biopsie du portefeuille »

En 1999, les coûts d'assurance de santé assumés par les employeurs américains ont augmenté de 8,3 % conclut une étude de la Kayser Foudation.

En 2000, les primes demandées par les assureurs augmentent de 10 % à 30 % selon un article publié par le New York Times du 6 septembre 2000, les assureurs souhaitant augmenter leur marge de profit qu'ils ont jugée insuffisante au cours des dernières années. Devant cette montée des coûts une sur sept des entreprises de moins de 100 employés envisage d'abandonner la couverture des soins de santé.

Dans le dernier numéro de sa revue Consumer Reports, la grande association des consommateurs Consumers Union, constate que les États-Unis dépensent plus que tout autre pays pour ses soins de santé alors que 44 millions de citoyens sans assurance ne peuvent bénéficier que d'une médecine de deuxième classe.

Les personnes qui se présentent en salle d'urgence sont soumises généralement à un questionnaire sur leur statut assurantiel et financier que, dans le jargon des professionnels, on appelle «wallet biopsie » et qui détermine l'accès ultérieur aux soins. Des études démontrent que 30 pour cent des non-assurés américains renoncent aux médicaments prescrits en raison du coût. «Non seulement les non-assurés sont privés des soins de base courants, mais ils sont plus que jamais harcelés pour rembourser les frais des services qu'ils ont reçus ». (Consumer Reports, septembre 2000)

Le système américain fonctionne mal, conclut Consumer Reports. Le statu quo n'est à l'avantage que des compagnies d'assurance, des médecins, des hôpitaux privés et des compagnies pharmaceutiques et qui ont de puissants leviers politiques pour défendre leurs intérêts économiques. «Les soins de santé sont considérés comme un droit dans l'ensemble des pays industrialisés. Ce n'est pas un bien de consommation que l'on peut s'acheter, si on en a les moyens. Seul un système national de soins de santé peut assurer que toute personne reçoit les soins auxquels elle a droit»

La solution c'est la couverture universelle

Robert Kuttner, éditorialiste du New England Journal of Medicine, dans un article publié dans le Boston Globe du 26 juin 2000, rappelle que l'Organisation mondiale de la santé a placé les États-Unis au dernier rang de sa liste de 37 pays pour la qualité de son système de santé, alors qu'ils se retrouvent au premier pour leur niveau de dépenses

Kuttner soumet de nombreux exemples qui illustrent que le libre marché est incapable de fournir des services de santé de façon équitable et efficiente.

« Le principe de base de l'assurance est celui que les économistes appellent la loi des grands nombres. Si l'on veut gérer les risques, il est sensé de les partager dans un groupe le plus large possible.

Dans le cas de l'assurance santé, le groupe le plus large est la population tout entière. Ainsi, les bien portants supportent les malades, les plus jeunes supportent les plus vieux et personne ne craint de perdre sa couverture d'assurance parce qu'il est malade ou âgé.

Mais lorsque les assureurs privés découpent en divers groupes la population, ils maximisent leurs profits d'une manière socialement perverse. Ils tentent de recruter les personnes qui sont le moins à risque d'être malade. Ou si par malchance, ils se retrouvent à couvrir des personnes malades, ils découragent souvent les médecins de leur prodiguer des traitements coûteux.

Il s'agit d'un mauvais raisonnement économique découper la population en divers groupes pour assurer les soins de santé. Le résultat n'est pas plus de choix pour la personne mais plus de limites dans les choix.

Le programme d'assurance qui laisse au patient le choix de son médecin est le Medicare (pour les 65 ans et plus), le seul programme universel. Ce sont les HMO privés qui vous disent qui vous devez voir et quel traitement vous aurez droit. Ces mêmes compagnies ne veulent pas que le Congrès adopte une loi sur la protection des patients ; parce que cela limiterait leur pouvoir de mettre des restrictions aux traitements de leurs assurés.

Prenons l'exemple des médicaments. Les médicaments prescrits sont les dépenses qui croissent le plus rapidement dans le budget de la santé. Les personnes âgées dépensent davantage pour leurs médicaments que pour les services de médecins. Les médicaments sont souvent le traitement le plus

efficace et le moins douloureux disponible, mais la majorité des Américains plus âgés n'ont pas de couverture pour les médicaments prescrits.

Une grande partie de la recherche qui donne naissance à de nouveaux médicaments est financée par des fonds publics. Pourtant, l'essentiel des profits va aux compagnies pharmaceutiques qui bénéficient de généreuses protections sur les brevets ainsi que de subventions pour la recherche.

Année après année, elles maintiennent les prix élevés et bénéficient des plus grandes marges de profits parmi l'ensemble des entreprises.

Il n'est pas surprenant que nous dépensions plus et recevions moins pour la santé. Le système fragmenté des entreprises privées de santé laisse des dizaines de millions de citoyens sans assurance ou sous-assurés. Il incite les assureurs à discriminer contre les malades. Il rend le coût des médicaments beaucoup plus élevé qu'il devrait être.

La solution c'est la couverture universelle. Ainsi aucune compagnie d'assurance ne dépensera un sou pour faire sa publicité ou pour trier leurs clients selon leur état de santé, ou pour opposer les médecins aux patients, parce que tous seront assurés. Les personnes qui auront besoin de médicaments les obtiendront.

Il y aura toujours des dilemmes éthiques difficiles pour l'utilisation de thérapies très coûteuses, mais nous dépenserons chaque dollar d'une manière beaucoup plus efficiente et humaine.

La vaste majorité des Américains veulent une couverture universelle ; les grandes exceptions sont les compagnies d'assurance et les compagnies pharmaceutiques.

Robert Kuttner, Boston Globe, 26 juin 2000

Frais administratifs élevés

Les grandes entreprises américaines de managed care (HMO) dépensent en moyenne 12,3 % de leurs revenus en frais administratifs. Ces dépenses comprennent les frais de recrutement, de publicité ainsi que les frais administratifs courants. Un pour cent des revenus est retourné en profits aux actionnaires. Le retour annuel moyen sur le capital investi par les actionnaires est de 20 pour cent. Source : The 1999 Peer Administrative Expense Benchmarking Study.

Selon les membres de la Société des actuaires américains, les dépenses de santé continueront de croître à un rythme élevé pour dépasser 15 pour cent du PIB en 2010. Source : Reuters 27 août 1999.

	USA	Canada	Suède
PIB consacré à la santé	13,9%	9,2%	8,6%
Dépenses publiques de santé	46,4%	69,8%	83,3%
Espérance de vie femmes	79,4 ans	81,4 ans	81,5
Espérance de vie hommes	72,7 ans	75,7 ans	76,5

Source : OCDE, Statistiques de santé 1999

9- Le pouvoir médical freine le développement d'un meilleur système de santé et de services sociaux

En 1970, le Front commun CEQ-CSN-FTQ-UCC, à la suite de colloques régionaux qui avaient réuni plus de 2500 militantes et militants de syndicats et d'organismes communautaires, a entrepris une vaste campagne de sensibilisation, à la veille de l'adoption de la première Loi sur la santé et les services sociaux. Le thème de la campagne du Front commun était " Oui à l'assurance-maladie. Non à l'assurance-médecins aux dépens des Québécois !".

Le Front commun déclarait alors que les professionnels de la santé « ne doivent plus être des mercantilistes de la santé ». Estimant que les médecins devaient devenir des salariés, le Front commun soutenait que « le travail à la pièce ou à l'acte médical relève d'une époque révolue ».

La Commission Rochon, en 1988, constatait l'échec des mesures mises en place pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire québécois et proposait de confier aux régies régionales la gestion d'enveloppes budgétaires pour la rémunération des médecins. Un tel mécanisme aurait permis de redéployer progressivement l'effectif médical à partir de normes fondu sur les besoins régionaux.

Le mode de rémunération des médecins a aussi fait l'objet de commentaires de la part de la Commission Rochon. Même si les propos de la commission apparaissent timides, elle questionnait le mode de rémunération à l'acte. Elle déplorait qu'un

médecin qui exerce la quasi-totalité de ses activités en établissement ne soit pas encore rémunéré à l'acte.

Selon la commission Rochon, pour les problèmes de santé qui ont des dimensions non seulement physiques, mais psychiques, sociales et affectives « Les approches doivent être plus globales, plus continues, des professionnels d'autres disciplines doivent intervenir, un suivi devrait être assuré. Il est certain qu'un mode de rémunération à l'acte ne favorise pas ce genre d'approche. ».

En 1998, on comptait seulement 1127 médecins rémunérés à salaire sur les 14 700 en exercice, soit 8 pour cent. Il s'agit d'un groupe qui a tendance à diminuer en nombre et en pourcentage. En 1994, il y avait 1470 médecins rémunérés à salaire, soit 10,3 pour cent des médecins

Un adversaire trop puissant ?

Depuis la publication du rapport Rochon la situation est demeurée figée et la résistance corporatiste du pouvoir médical s'est révélée un adversaire trop puissant pour que le gouvernement mette en place les réformes nécessaires.

Il existe maintenant des signes perceptibles d'une volonté de changement, sans que l'on soit assuré que la pensée réformiste fera sa marque au sein de la profession. Parmi ces signes, il y a les interventions individuelles plus nombreuses de médecins insatisfaits de l'état de situation. La création de l'Association des médecins pour la justice sociale est une illustration de la présence d'un courant progressiste au sein de la profession médicale.

En début d'année, le Collège des médecins du Québec mettait de l'avant des pistes de réforme, estimant qu'il est urgent de modifier certaines règles qui régissent l'organisation des services si on veut garantir aux citoyens un accès à des services médicaux de qualité.

Le collège suggère entre autres de régionaliser les enveloppes budgétaires, de déléguer certains actes à d'autres professionnels de la santé et de modifier les modes de rémunération pour rendre plus attrayante la pratique auprès des clientèles lourdes.

Le plan d'affaires de la FMOQ

Dans une direction toute autre, la Fédération des médecins omnipraticiens, qui représente les 7000 médecins généralistes du Québec, propose une réorganisation majeure de la pratique en cabinet privé. Il est proposé aux omnipraticiens de considérer le cabinet comme une entreprise et d'adopter des comportements d'entrepreneurs. Le plan d'affaires suggéré par la FMOQ prévoit des regroupements en cabinets de sept à 20 médecins qui répondraient à un ensemble de besoins d'une population locale. Certains des services s'adresseraient à des clientèles présentement desservies par les CLSC, notamment en maintien à domicile.

Données sur les médecins

- Le Québec compte actuellement 212 médecins par 100 000 habitants.
- L'Ontario, 179 médecins.
- La moyenne canadienne se situe à 186 médecins par 100 000 habitants.
- Au Québec, on recense 105 généralistes (Canada, 94) et 107 spécialistes (Canada, 92).
- Une des données les plus intéressantes est à l'effet que le Québec compte maintenant plus de médecins par 100 000 de population qu'en 1995, 212 contre 209 en 1999

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Aussi est-il étonnant qu'il manque de médecins dans les régions, dans les salles d'urgence, dans les CLSC et dans les centres de soins de longue durée (CHSLD) ?

10- Pour développer le Québec il faut investir dans la santé

Certains gouvernements ont l'habitude de considérer les dépenses de santé émanant du secteur public comme de simples dépenses de consommation et veulent les réduire au minimum. C'est souvent là l'optique des ministères des finances.

Organisation mondiale de la santé, rapport annuel 1999

La Politique de la santé et du bien-être publiée par le gouvernement québécois en 1992 reconnaissait que « les problèmes de santé qu'éprouve une partie trop importante de la population constituent un handicap certain au développement du Québec ».

On a vu au cours des années qui ont suivi, que le gouvernement québécois a adopté pour politique de réduire ses dépenses dans la santé et les services sociaux dans une proportion plus grande que tout autre province canadienne. Avec pour résultat notamment que le principal indicateur sanitaire, soit l'espérance de vie, est en stagnation contrairement à ce qui se passe ailleurs dans le monde.

On voit encore aujourd'hui la très grande détermination du gouvernement québécois de freiner l'évolution des dépenses de santé dans les propos du ministre des Finances Bernard Landry, selon qui les dépenses de santé accaparer la même place qu'elles occupent aujourd'hui dans l'économie, sans même corriger le recul des dernières années. En 1992, les dépenses publiques de santé représentaient 7,7 % du Produit intérieur brut québécois et elles ont chuté à 6.2 % en 1999.

Pourtant, David Bloom et David Canning ont démontré dans la revue Science du 19 février 2000 que l'amélioration de l'état de santé d'une population est un facteur déterminant de la croissance économique.

Ils illustrent leur thèse par l'effet combiné de quatre facteurs :

Productivité. Les populations plus en santé ont une plus grande productivité au travail, parce que les travailleuses et travailleurs sont plus énergiques et mentalement alertes. L'absence au travail est moindre, en raison de maladie ou de la nécessité de prendre soin de parents malades.

Éducation. Les populations plus en santé dont l'espérance de vie est plus grande sont davantage incitées à investir dans leurs compétences, parce qu'elles s'attendent à en profiter dans l'avenir. Une meilleure éducation améliore la productivité et le revenu. Une meilleure santé diminue l'absentéisme à l'école et améliore la capacité cognitive.

L'investissement. L'amélioration de l'espérance de vie incite les individus à faire des économies pour leur retraite, ce qui crée du capital pour l'investissement dans les entreprises. Des travailleurs et travailleuses en santé et éduqués sont aussi une force d'attraction pour les investisseurs étrangers.

Le dividende démographique. La diminution de l'indice de mortalité produit à long terme une diminution de l'indice de fertilité, relevant ainsi la proportion de la population en âge de travailler. (Même si ce phénomène, à terme, crée une plus grande cohorte de personnes à l'âge de la retraite, il n'apparaît pas que cela crée un effet dépressif sur l'économie, parce que les retraités continuent d'épargner et qu'ils continuent de faire bénéficier de la société de leurs compétences accumulées).

**Investir dans la santé
accélère la croissance économique
et constitue l'une des très rares démarches viables
pour faire reculer la pauvreté
OMS 1999**

L'OMS dans son rapport de 1999 fait une analyse similaire : « L'une des principales conclusions des recherches récentes est la constatation que les taux de survie ou l'espérance de vie sont des prédicteurs puissants du niveau de revenu ou de la croissance économique ultérieure. Les études permettent constamment d'observer une forte influence de la santé sur les niveaux économiques et les taux de croissance. »

Le rapport de 1999 de l'Organisation mondiale de la santé soutient que les améliorations de la santé ont contribué dans le passé à accélérer le développement humain et économique et qu'il en sera ainsi dans l'avenir.

«Un tel assujettissement au marché pour le financement de la santé entraîne des inégalités intolérables dans l'exercice d'un droit fondamental de tout être humain, mais, en outre, les recherches et l'expérience montrent de plus en plus que le marché de la santé est inefficace.

À l'exception des États-Unis d'Amérique, les démocraties à revenu élevé et orientées vers les lois du marché imposent une couverture universelle. Les résultats sanitaires sont excellents. Ils ont réussi à endiguer les dépenses qui représentent une part du PIB beaucoup moins importante qu'aux États-Unis (7 à 10 % au lieu de 14 %). Dans l'un des pays étudiés– le Canada– l'adoption d'un système national d'assurance-maladie a entraîné une augmentation des salaires, une réduction du chômage et une amélioration des résultats sanitaires.

Le secteur public a une responsabilité fondamentale : celle de veiller à ce que le financement des soins de santé soit basé sur la solidarité.

Aussi importante que soit la hausse des revenus dans l'amélioration de l'espérance de vie, l'OMS estime que d'autres facteurs, dont l'accès à la technologie de la santé, sont plus importants.

Citant une étude de Wang J et al, publiée par la Banque mondiale en 1999, l'OMS nous apprend que les sources de réduction de la mortalité, entre 1960 et 1990 dans 115 pays étudiés, provient pour 50 pour cent de la production et de l'utilisation de nouvelles connaissances en santé, pour 30 pour cent de l'amélioration du niveau d'instruction et de 20 pour cent de l'amélioration du revenu. (Wang J et al, Measuring country performance on health, Banque mondiale, 1999).

Il est manifeste, selon l'OMS que le développement des systèmes de santé est une priorité absolue. «Investir dans la santé accélère la croissance économique et constitue l'une des très rares démarches viables pour faire reculer la pauvreté ».